

# Consultorios médicos adscritos a farmacias. ¿Una opción de trabajo para recién egresados?

EDUARDO GÓMEZ-SÁNCHEZ,<sup>1</sup> MARÍA GUADALUPE VEGA-LÓPEZ,<sup>2</sup>  
ELBA RUBÍ FAJARDO-LÓPEZ,<sup>3</sup> GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ-PÉREZ<sup>4</sup>



## Resumen

Objetivo: Describir las características personales, antecedentes escolares y condiciones laborales de médicos que ejercen en consultorios médicos adscritos a farmacias (CMAF), Guadalajara, México. 2017. Material y Método: Estudio transversal, descriptivo y exploratorio. Se realizaron 50 entrevistas estructuradas a médicos de CMAF de las tres principales cadenas: Farmacias Guadalajara, Farmacias de Similares y Farmacias del Ahorro. Se estructuró un cuestionario con variables divididas en 3 dimensiones: a) datos personales y escolares, b) condiciones de trabajo, c) satisfacción y expectativas en su trabajo actual. En el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas y distribución porcentual. Resultados: Los médicos son egresados de universidades públicas (68%) y privadas (32%), predomina un tiempo de egreso < 5 años (74%). El 66% de los entrevistados cuenta con contrato de trabajo; el (84%) sin prestaciones económico sociales. Los salarios fluctúan entre menos de \$2999 pesos (6%) a más de \$8000 (24%) no se precisa la cantidad de dinero percibida por comisiones. Es posible que los ingresos de esa “franja gris” expliquen el 74% de satisfacción con el ingreso a pesar de ser inferior al salario base de médicos

## Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies. A Work Option for New Graduates?

## Abstract

Objective: To describe the personal characteristics, school background and working conditions of physicians practicing in Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies (DAPPs), Guadalajara, Mexico, 2017. Material and Method: Cross-sectional, descriptive and exploratory study. 50 structured interviews were carried out with DAPPs doctors from the three main chains: "Guadalajara Pharmacies, Similar Pharmacies and Saving Pharmacies". A questionnaire was structured with variables divided into 3 dimensions a) personal and school data, b) working conditions, c) satisfaction and expectations in their current work. In the statistical analysis, absolute frequencies and percentage distribution were used. Results: Doctors are graduates of public (68%) and private (32%) universities, with a graduate time of < 5 years (74%). 66% of those interviewed have an employment contract; (84%) without economic-social benefits. Salaries range from less than \$2999 pesos (6%) to more than \$8000 (24%). The amount of money received for commissions is not specified. It is possible that the income from this "gray stripe" explains 74% of satisfaction with income, despite being lower than the base salary of physicians assigned to

Recibido: 5 de noviembre de 2017  
Aceptado: 8 de diciembre de 2017  
Declarado sin conflicto de interés

- 1 Profesor del Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. drgomez10@hotmail.com, eduardo.gomez@cucs.udg.mx
- 2 Profesora investigadora y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. mgvega.lopez@gmail.com

adscritos a instituciones públicas de salud. La flexibilidad (14%), la ubicación del consultorio (82%) son condiciones que han motivado y satisfecho a los contratados. Setenta y cuatro de cada cien tiene la expectativa de continuar estudios de especialidad o posgrado. El 86% recomendaría trabajar en CMAF.

*Palabras clave:* (BIREME), Administración de la Práctica Médica, Recursos Humanos, Medicina General, Atención primaria de salud, Servicios de salud.

---

public health institutions. The flexibility (14%), the location of the office (82%) are conditions that have motivated and satisfied the contracted. 74 out of every hundred have the expectation to continue their specialty or postgraduate studies. 86% would recommend working in CMAF.

*Key words:* (BIREME), Practice Management, Human Resources, General Practice, Primary Health Care, Health Services.

---

3 Profesora del Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. elbarubi@hotmail.com, elbarubi.fajardo@cucs.udg.mx

4 Profesor investigador titular, Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. ggonzal56@gmail.com

## Introducción

La medicina se practica bajo dos modalidades principales: auto administrada e institucionalizada. La primera modalidad comprende el trabajo intelectual reconocido y regulado por el estado en el cual la remuneración se ajusta a un contrato de servicios concertado entre el prestador del servicio y el receptor del mismo. En cambio, el ejercicio médico institucionalizado está mediado por un contrato de trabajo en el que se obliga a las condiciones señaladas por la parte contratante. No se pierde el rasgo fundamental de una profesión liberal, es decir, el trabajo intelectual, sin embargo se ajusta a las características básicas de todo contrato laboral. El trabajo institucional –público o privado– se organiza y funciona bajo criterios burocráticos: jerarquía piramidal con asignación de tareas y atribuciones con base en la posición jerárquica; determinación de la jornada de trabajo (duración, horarios, periodos de descanso), fijación de un salario (pagos, deducciones y beneficios económicos), señalamiento sobre domicilio y condiciones del lugar de trabajo, cumplimiento de normas y reglamentos (Viniegra Velázquez, 2016; Oszlak, 2006).

En México, la naturaleza de las relaciones laborales establecidas por el Estado con distintos segmentos de la población (empleados y obreros, trabajadores del estado y paraestatales, miembros de las fuerzas armadas y policiacas) dio lugar al nacimiento de diversas instituciones comprometidas con un fin: el de la restitución y conservación de la salud de los derechohabientes y sus familias. Cada organización fijó su alcance en materia sanitaria así como los preceptos aplicables en la contratación de profesionistas médicos –capital humano sustancial– (Organización Panamericana de la Salud –OPS–, 2002; Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk, 2011). Por otro lado, el compromiso por atender necesidades sanitarias de la población en general –bajo un régimen subsidiado– y, específicamente, intervenir en el control de epidemias y enfermedades transmisibles fincó, en principio, la labor médico asistencial en la Secretaría de Salud. Un elemento común en las instituciones de salud públicas ha sido la diversidad en las condiciones de trabajo y salario de profesionales médicos, así como el grado de satisfacción en el personal contratado.

En las instituciones privadas el ejercicio médico es esencialmente terapéutico; la ganancia sustenta las decisiones de la organización. Las compañías asegu-

radoras establecen los requisitos (basados en estudios de probabilidad de ocurrencia de enfermedad o muerte) a cubrir de los contratantes de un seguro médico, así como las condiciones de contrato civil o mercantil de los médicos participantes (especialidad, costos y riesgos en las maniobras aplicadas, cierta libertad en las prescripciones, laboralidad del vínculo, si se trata de consultas médicas arrendadas, etc.) (Viniegra Velázquez, 2004; Montoya Melgar, 2007). Los seguros privados cubren entre el 1.5 y el 3% de la población con posibilidad de autofinanciarse.

Los consultorios médicos adscritos a farmacias (CMAF) no sólo constituyen una variante de la institución privada, su emergencia ha sido parte de un marketing; por un lado, han concretado la venta de productos para el negocio, por otro, han alimentado la idea señalada por Gadsden –fines de la década de los años setenta– de “medicar la vida moderna”, esto es, vender productos farmacéuticos a toda la población –enfermos y sanos– (British Broadcasting Corporation, 2017). En México, los consultorios médicos adscritos a farmacias han incrementado notablemente su número desde 2010. Cadenas farmacéuticas con presencia nacional han adoptado la estrategia de adosar un consultorio a la farmacia. Si bien se han documentado los motivos de los usuarios para asistir a CMAF, hay ausencias de información con respecto a las características de los médicos contratados (Pérez-Cuevas, Doubova, Veronika, Wirtz, Servan-Mori, Dreser, Hernández-Ávila, 2014). Por tanto, en el presente artículo nos proponemos describir las características personales, antecedentes escolares y condiciones laborales de médicos que ejercen en CMAF de Guadaluajara, México.

## Método

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y con carácter exploratorio. De acuerdo con datos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en Jalisco funcionaban, en el año 2015, cuatrocientos cincuenta CMAF. Las farmacias muestran una tipología diversa: aquellas que comparten una marca (cadenas comerciales nacionales o locales), las independientes y las de autoservicio (COFEPRIS, 2016). Con la información disponible se calculó una muestra de consultorios; al desconocer la cantidad total de médicos contratados se asumió que cada uno de los consultorios sería atendido por al menos un médico y se hizo la equivalencia hipotética de consultorio/médico. Para la selección

de unidades/médicos se incluyeron farmacias de las tres principales cadenas: Farmacias de Similares, Farmacias del Ahorro y Farmacias Guadalajara ya que pueden mostrar menos dispersión en la forma de contratación con respecto a las independientes y su fin principal, a diferencia de las tiendas de autoservicio, es la venta de productos farmacéuticos. Las características del consultorio, días de atención y horario, no se utilizaron como criterios de exclusión; tampoco las particularidades de los médicos adscritos que, de hecho, se ignoraban. Se estableció una muestra por conveniencia de 50 consultorios; así, se obtuvo el consentimiento informado de 50 médicos que aceptaron responder a una entrevista estructurada. La entrevista se realizó en el consultorio de la propia farmacia.

Las variables se agruparon en 3 dimensiones: a) datos personales y escolares (edad, sexo, universidad de egreso, tiempo de egresado); b) condiciones de trabajo (tipo de contrato, duración de la jornada de trabajo, antigüedad en la empresa, rango salarial, prestaciones económico sociales, pacientes atendidos por turno, exclusividad); c) satisfacción y expectativas en su trabajo actual (permanencia, movilidad, perspectivas). Se construyó un cuestionario con un total de 19 preguntas (17 preguntas cerradas y 2 abiertas). En su conjunto, los cuestionarios de aplicaron durante el primer trimestre de 2017; además de los académicos responsables del estudio, participaron en la recolección de información prestadores de servicio social de la carrera de medicina entrenados para ese propósito. Los datos obtenidos se procesaron y analizaron con los programas Excel 2013 y Epi-Info v.7.; en principio, tanto para variables categóricas como numéricas se decidió establecer frecuencias absolutas, distribución porcentual y medias.

Se aseguró a los participantes confidencialidad y anonimato en la presentación de la información; el estudio se apegó a las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, México.

## Resultados

### a) Datos personales y escolares

Del personal médico entrevistado el 64% fueron hombres y el 36% mujeres, domiciliados en la zona metropolitana de Guadalajara y cuyas edades fluctuaron entre los 23 y 65 años, con una mediana de 28 años de edad. En cuanto a los antecedentes de formación académica se observó que el 96% contaba con

título expedido, de forma principal, por Universidades de la entidad: Universidad de Guadalajara (64%), Universidad Autónoma de Guadalajara (26%), Universidad Lamar (6%) (Figura 1). El 26% tenía un tiempo de haber egresado de la carrera  $\geq$  a 5 años, el 50% entre 1 y 4 años, el 22% con menos de un año de licenciarse y el 4% eran pasantes.

### b) Condiciones de trabajo

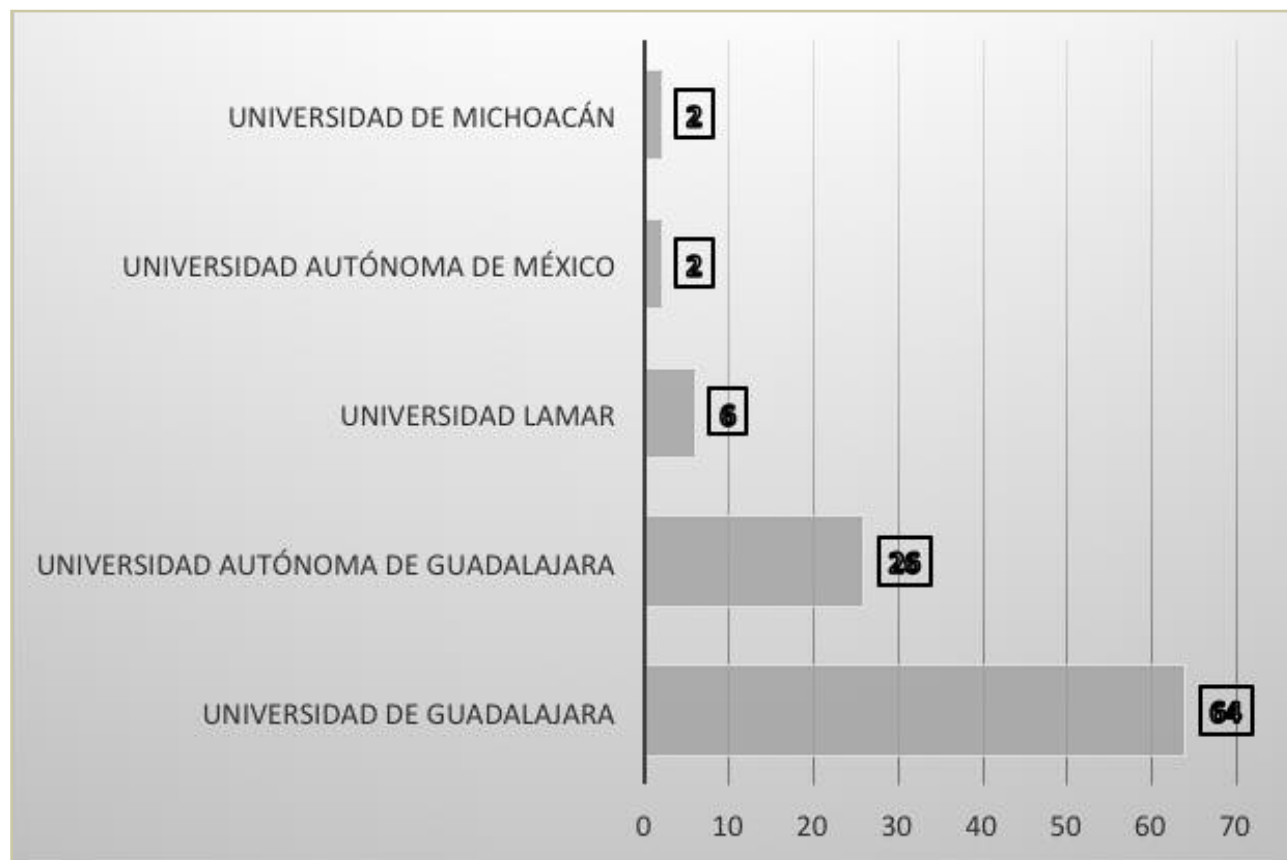
En cuanto a las condiciones de trabajo el 66% de los entrevistados refería tener un contrato de trabajo en el CMAF, mientras que el 34% restante no disponía de contrato. Dos tercios de quienes tenían contrato lo habían suscrito por una duración menor a 1 año y un tercio aseguró su permanencia por más de un año. Casi la quinta parte expresó tener otro trabajo; sin embargo, para el 76%, el CMAF es su única fuente de ingresos. Por otro lado, en la antigüedad laboral inferior a un año se concentró mayormente el trabajo médico (52%), el otro 48% se subdividió de la siguiente manera: el 16% manifestó tener entre uno a tres años incumplidos y el 32% de tres y más años de trabajo.

El acuerdo contractual –explícito o verbal– consideró la percepción de un salario más comisión en el 68% de los casos, trabajo únicamente por comisión en el 18% y sólo mediante un salario en 14%. El 38% percibía, hasta el momento de la entrevista, un equivalente a 1.25 a 2.08 Salarios Mínimos (SM) por día, un 6% similar a 1 SM y un 24% igual o más de 3.33 SM (Figura 2); el ingreso por comisiones es cambiante y depende sustancialmente de la cantidad de medicamentos recetados. Por otro lado, el 84% de los encuestados expresó que no contaban con prestaciones económicas (aguinaldo, seguridad social, etc.). La duración semanal de horas de trabajo fue del 8% con 36 horas o más, del 78% entre 24 a 35 horas y del 14% con 24 horas o menos.

Los médicos indicaron que el número de pacientes atendidos al día es variable ( $\leq$  9 hasta 30, influyendo para ello, factores como la estacionalidad, festividades, día de la semana, etc.), la distribución observada fue: menos de 9 pacientes al día 24%, de 10 a 19 pacientes 58%, de 20 a 29 pacientes 18%.

### c) Expectativas y satisfacción

Entre los motivos argumentados para iniciar el trabajo en el CMAF figuraron: la búsqueda de ingresos que ocupó el primer lugar con un 64% (el motivo inicial luego se convirtió en fuente de satisfacción), le siguió la flexibilidad y el deseo de mantenerse ejer-



**Figura 1. Distribución porcentual de médicos en CMAF según Universidad de egreso. Guadalajara. 2017.**

Fuente: Elaboración propia.

ciendo con 14% y 6% de manera respectiva, finalmente, el disponer de tiempo y el hecho de ser invitado a la consulta que representaron sendos 8%.

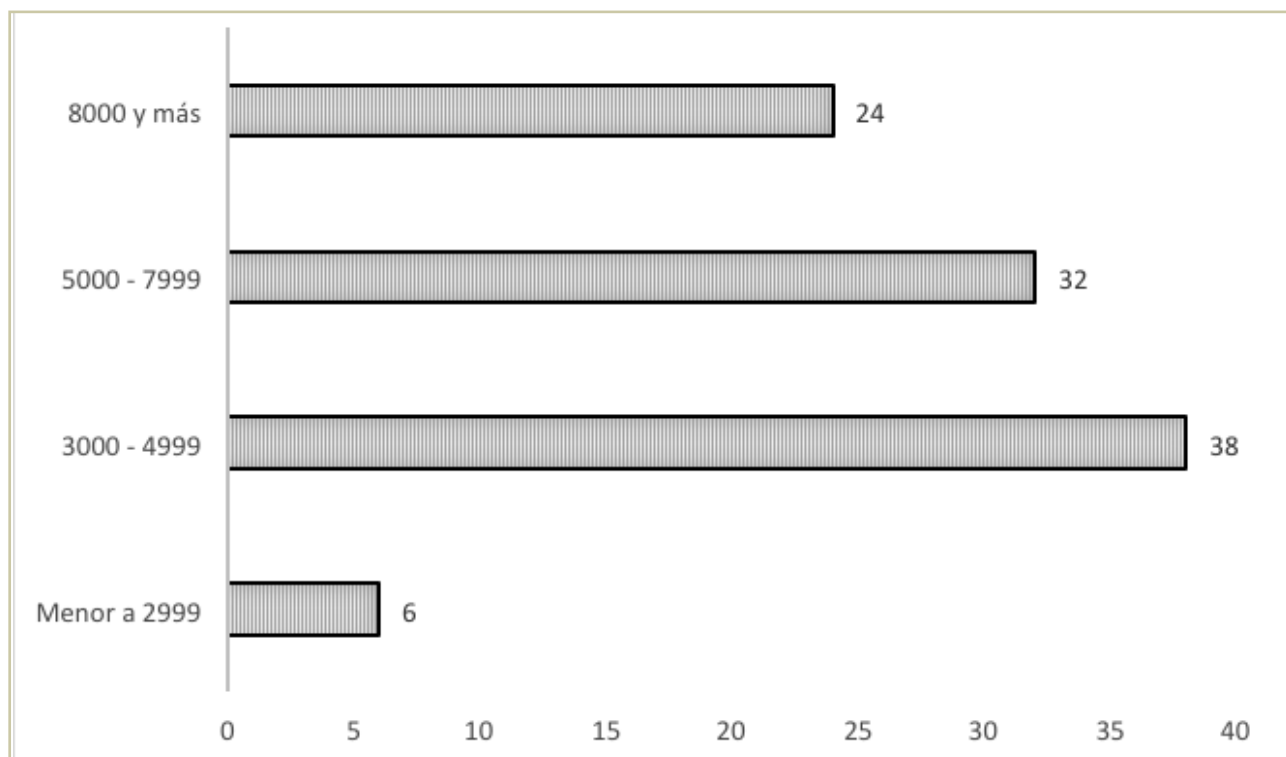
Casi la mitad de los médicos (46%) ha considerado permanecer en CMAF de 6 a 11 meses, 1.6 de cada diez trabajaría de 12 a 24 meses en ese lugar; 3.2 de cada diez no tiene definido el tiempo en el que esperaría permanecer en CMAF y sólo 1 médico se plantea como plazo de trabajo hasta 6 meses. Por otra parte, el 74% sostiene la expectativa de realizar algún estudio de posgrado o especialización.

En relación con el estado de satisfacción que proporciona la práctica en el CMAF se subrayó que la ubicación del consultorio (82%) y el salario (74%) es lo que más les ha satisfecho, en cambio, la seguridad laboral (54%) y la disponibilidad de insumos (48%) dividieron las opiniones de forma casi similar (Figura 3). El 86% recomendaría trabajar en CMAF, quienes no lo aconsejarían, su respuesta obedece a la percepción de inseguridad laboral o debido a la expectativa de continuar su formación, en particular, aprobar el Examen Nacional de Residencias Médicas.

## Discusión

Es posible que las condiciones no restrictivas para la contratación de médicos adscritos a consultorios de farmacias, según el dicho de los entrevistados, explique la amplitud registrada en el rango de edad. No se dispone de alguna explicación plausible sobre el predominio del sexo masculino, a excepción de aplicar el patrón observado en algunas empresas privadas, con respecto a preferir al género masculino para limitar posibles "pérdidas económicas", toda vez que se ven obligadas a conceder los beneficios establecidos por ley, por ejemplo, el pago de incapacidad por maternidad.

A diferencia de las instituciones de salud públicas para las cuales es requisito demostrar, fehacientemente, la facultad para el ejercicio médico, por medio del título que acredita los estudios universitarios, junto con la licencia para ejercer la medicina, concedida por instancias gubernamentales, en los CMAF se encontró la presencia, aunque en una pequeña proporción, de no graduados. Por otra parte, dos de cada



**Figura 2. Distribución porcentual de médicos en CMAF según Salario Mensual en pesos. Guadalajara. 2017.**

Fuente: Elaboración propia.

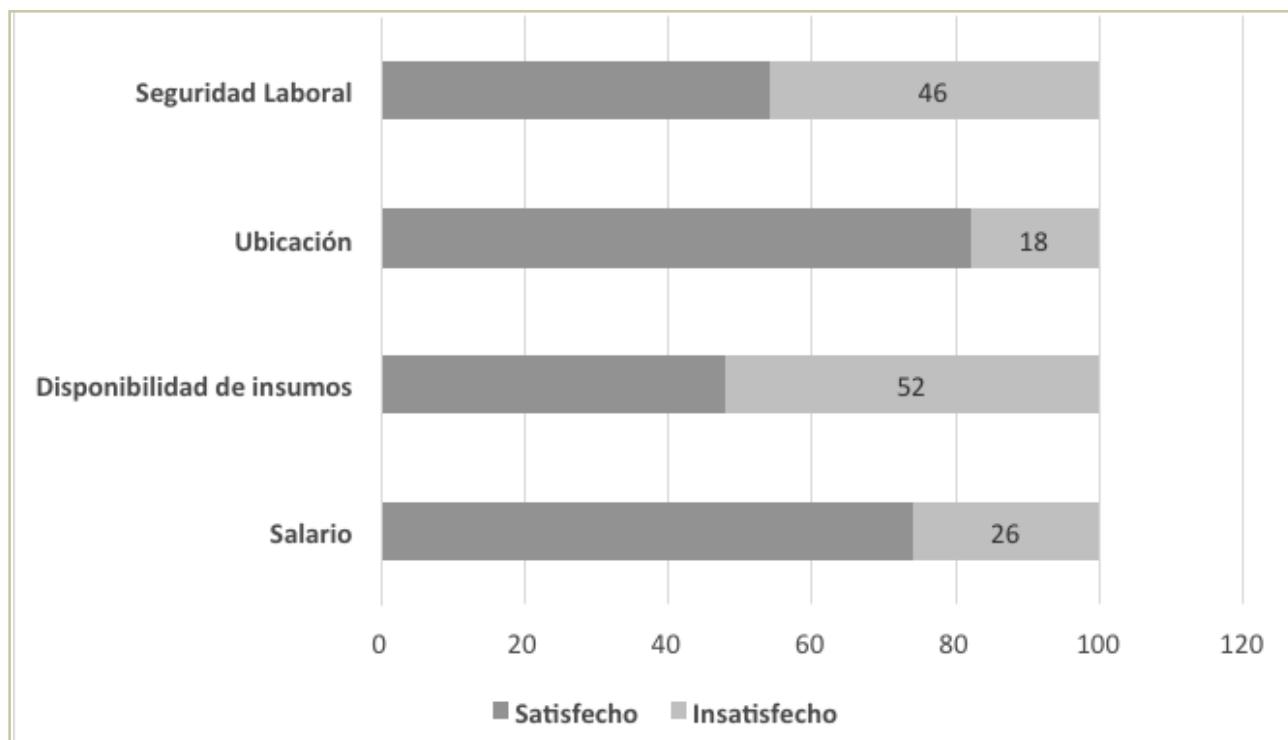
diez contratados tienen menos de un año de haber egresado de la carrera, por tanto se encuentran en una fase de reconocimiento del mercado laboral y en un encuentro con sus propios intereses y preferencias. No obstante, cinco de cada diez tenían ya hasta cuatro años de graduados, situación que forma parte del contexto de desempleo juvenil e incluye a profesionistas. En el año 2009 la Subsecretaría de Educación Superior anotaba que 55 de cada cien egresados de educación superior tenían ocupaciones distintas a las de su formación, ocho años después, tal declaración parece seguir vigente (Secretaría de Educación, 2009; Burgos Flores, López Montes, 2010).

Los médicos recién egresados procedentes de las universidades Lamar, Autónoma de Guadalajara y la Benemérita Universidad de Guadalajara forman parte de una cohorte matriculada en el ciclo 2011-2012, integrada por 1029, 4347, 5070 efectivos, respectivamente (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 2017), esto es, la competencia por un lugar de trabajo es intensa y la aceptación por un espacio que les permita adiestrarse es alta, hecho que explica, en cierta forma, la motivación para trabajar en CMAF. En el extremo, los médicos añosos, retirados de la medicina institucionaliza-

da, ven en éste tipo de servicio la oportunidad de mantenerse activos.

Aun cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce las dificultades para establecer un estándar de oro –generalizable– con respecto al número de médicos por habitantes, se observa en la región europea una razón superior a 25 médicos por 10 000 habitantes. Datos de la OCDE indican que México se encuentra en el límite inferior con respecto a países desarrollados, con una razón de 20 médicos por cada 10 000 habitantes (en el índice se incluyen a quienes que prestan sus servicios en todo tipo de instituciones y los auto administrados) (Giedion, Villar, Ávila, 2010; OCDE, 2016). La información no incluye, por supuesto, los graduados en medicina con ocupaciones distintas a las de su formación. Desde décadas atrás se ha reiterado que más que la carencia de profesionistas médicos, hay que valorar el índice empleabilidad médica por un lado, y por otro, la cifra de población sin seguridad social. En Jalisco, por ejemplo, se registra que en el año 2015, casi un tercio de la población (31.48%) carecía de la misma (Secretaría de Salud Jalisco, 2015).

Entre el año 2010 y 2015 los CMAF se incrementaron en un 243%, para el último año señalado, la



**Figura 3. Distribución porcentual de médicos en CMAF según nivel de satisfacción en el sitio de trabajo. Guadalajara. 2017**

Fuente: Datos de investigación.

COFREPIIS estimaba alrededor de 15 000 médicos contratados en esa modalidad (COFREPRIS, 2016), la cantidad no es tan significativa si se le compara con la de los médicos contratados en la seguridad pública, no obstante representa, como se ha referido, una alternativa de empleo.

El salario máximo que supera los \$8 000 pesos mensuales del CMAF, está 3 veces por debajo de lo que ganaría un médico general "A" —el menor de la escala A, B, C— dentro de la seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social —IMSS—, por ejemplo) que en el año 2015 correspondería a \$29 055 pesos (Seguridad Social, 2015). Además, prácticamente en los CMAF no se tienen otros beneficios. Se evaluaría como contradictorio que casi tres cuartas partes de los entrevistados manifiesten satisfacción con su percepción mensual, circunstancia que reafirma la necesidad de profundizar en el tema que ahora nos ocupa. Vale apuntar que el monto ganado por comisiones queda en una franja gris, menos conocida, de la que se supone representa el ingreso más importante; así, hay circunstancias compensatorias para los contratados, aunque de manera desafortunada, bajo otros aspectos, ya que está por medio un procedimiento que perturba la ética médica al sobre exponer al

paciente a medicamentos. Como señalan Pérez-Cuevas *et al.* (2014), en los CMAF se receta 3 veces más medicamentos, algunos innecesarios.

Es menor la proporción de pacientes atendidos por médicos en CMAF que el de pacientes por consulta en el IMSS. El Contrato Colectivo de Trabajo en instituciones como el IMSS, indica una norma hasta de 24 pacientes, aproximadamente, atendidos por turno de trabajo, con un cálculo 15 minutos por paciente. Ahora bien, el desbalance entre el incremento de población usuaria y el número de médicos contratados, eleva hasta 32 o más los pacientes atendidos en una jornada laboral. En consecuencia, el tiempo de espera por una consulta aumenta junto con la desesperación de los derechohabientes. Los médicos por su parte, se ven obligados a disminuir el tiempo destinado a cada paciente, a aplicar un mayor esfuerzo en una atención masiva, a sobrellevar la frustración derivada de la carencia de insumos así como los conflictos en la relación médico-paciente derivados de las circunstancias descritas.

En el Informe sobre el Sistema de Salud en México presentado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se reconocen avances, por ejemplo, disminución en tasas de mortalidad



por causas –especialmente sensibles– como las tasas de mortalidad infantil. En una década (2003-2013) la parte del PIB dedicado a la salud aumentó de 2.4% a 3.2%, sin embargo, se reconoce también que el incremento en el gasto sanitario no necesariamente se ha traducido en mejoras en los niveles de salud; un dato relevante se refiere a “los pagos directos por servicios de salud que salen de los bolsillos de las personas (cerca de 40%) siguen siendo los más altos de la OCDE” (OCDE, 2016). Diferente a la contratación de un seguro médico privado que resulta costoso e inaccesible para un ciudadano cuyos ingresos son inferiores al decil IV (6892 pesos mensuales) y más todavía para los casi 53.5 millones de mexicanos en situación de pobreza, que en el caso de Jalisco la cifra es de más de tres millones, esto es, representa el 39.8% de jaliscienses (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2016), el gasto por consulta en CMAF es aparentemente bajo (de \$20 a \$50 pesos), no obstante, se suma ese gasto de bolsillo al pago de medicamentos, que suele ser elevado.

Ahora bien, vale resaltar que el crecimiento de CMAF respondió, de forma principal, a dos hechos: uno, como se vislumbró en líneas previas, debido a la expansión favorecida por la aplicación de la Fracción IV (Art. 226 de la Ley General de Salud), el 25 de agosto de 2010 entró en vigor el “Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos”, así, se aplicó la exigencia de venta de medicamentos donde explícitamente se anotaba el requerimiento de receta médica. Dos, a esa circunstancia se sumó la percepción de los usuarios que vieron en los CMAF una solución a problemas sentidos en la atención primaria de la salud de instituciones públicas. Además del tiempo excesivo de espera para consulta, se experimentaba el desabasto en medicamentos e insumos de laboratorio clínico, una dificultad de acceso al uso de equipo de imagenología, rayos X, etc. debido a los problemas de mantenimiento y, los malos tratos recibidos por el personal –médicos incluidos–, entre otros aspectos. Se ha tratado de problemas que rebasan el marco de relación burocrática –prestadores de servicios/usuarios– y se han hincado en condiciones estructurales.

Diversos autores han subrayado la insatisfacción en el ejercicio médico institucional público debido a las carencias de recursos físicos y materiales así como falta de apoyo y reconocimiento a su labor (Cabrera Pivaral, Franco Chávez, González Pérez, Vega López, Parra Estrada, Iñiguez Núñez, 2004); a la falta de médicos para atender la demanda de la consulta, aunado a

inadecuada programación de la misma y desorganización institucional (Velarde Ayala, Priego Álvarez, López Naranjo, 2004); se asume una posición neutra (ni totalmente satisfecho, ni totalmente insatisfecho) en la satisfacción laboral global, del que se subrayan los aspectos referentes al trato brindado por la empresa y el grado de satisfacción con el salario y prestaciones sindicales (García-Ramos, Luján-López, Martínez-Corona, 2007). De hecho, se ha demostrado que el estado prolongado de agotamiento emocional, falta de realización y despersonalización se asocia con el síndrome de burnout (López-León, Rodríguez-Moctezuma, López-Carmona, Peralta-Pedrero, Munguía-Miranda, 2007; Castañeda Aguilera, García de Alba, 2010; García Rivera, Ramírez Barrón, Maldonado Radillo, Bustamante Valenzuela, 2016), así como un desempeño menos eficiente.

Para los médicos de consultorios adscritos a farmacias sobresalen, además de la percepción mensual, dos circunstancias que hacen atractivo ese trabajo: la flexibilidad (horario, manejo a criterio propio del tiempo de atención, una supervisión más laxa) y la comodidad (acceso, instalaciones que le permiten cierta independencia). Por otra parte, se contempla como punto de partida, con un ingreso asegurado mientras se dispone hacia nuevas acciones, como continuar la formación profesional.

Los resultados permiten asumir que la modalidad de CMAF estará vigente por un tiempo indeterminado, relacionado con la capacidad de pago de los usuarios por el servicio. La situación de los médicos que laboran en tales consultorios ha escapado de la regulación estatal, sus prestaciones sociales son tema no discutido. El predominio de médicos jóvenes, de reciente graduación, con la expectativa de poder continuar su formación sugiere que, desde su punto de vista, el trabajo en CMAF representa una opción.

No se vislumbran cambios drásticos en la organización de los servicios públicos de salud, que benefician tanto a usuarios como personal contratado. Además de los retos que implican las transiciones demográfica y epidemiológica, hay otros igualmente importantes como unificar el servicio, reducir costos, hacerlo eficiente, equitativo. El creciente número de individuos en ocupaciones informales, les hace insolventes para enfrentar una vejez sin recursos económicos –jubilación–, con una morbilidad que reclama una atención de costo elevado y que difícilmente podrán concurrir a los CMAF.

Finalmente, entre sus limitaciones, este estudio sólo contempla una muestra por conveniencia de



algunas farmacias y no todos los tipos de la modalidad CMAF, por tanto, los resultados sólo se generalizan a las unidades/médicos investigados. La ausencia de registros oficiales sobre el personal de CMAF impide corroborar datos e inducen a evaluar la necesidad de regulaciones formales.

## Referencias

- ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (ANUIES) (2017). Anuario Estadístico 2011-2012. Disponible en: <http://www.anui.es.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- BRITISH BROADCASTING CORPORATION (BBC) (2017). *El negocio multimillonario que hizo que vivir se convirtiera en una enfermedad*. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-41749706>
- BURGOS FLORES, B., LÓPEZ MONTES, K. (2010). La situación del mercado laboral de profesionistas. *Revista de la Educación Superior*, 4, 156, 19-33.
- CABRERA PIVARAL, C.E., FRANCO CHÁVEZ, S.A., GONZÁLEZ PÉREZ, G., VEGA LÓPEZ, G., PARRA ESTRADA, J., ÍÑIGUEZ NÚÑEZ, J.E. (2004). Satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. *Rev Med IMSS*, 42, 3, 193-198.
- CASTEÑEDA AGUILERA, E., GARCÍA DE ALBA, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 1, 67-84.
- COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COFEPRIS) (2016). *Avances de la Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios*. México: SS/COFEPRIS.
- CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT) (2017). Mercado laboral en México, panorama y prospecciones. *Agencia Informativa*, 12 de enero de 2017.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2016). *Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos. Evolución de la pobreza y pobreza extrema nacional y en entidades federativas, 2010-2012*. México: CONEVAL.
- GARCÍA-RAMOS, M., LUJÁN-LÓPEZ, M.E., MARTÍNEZ-CORONA, M.A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15, 2, 63-72.
- GARCÍA RIVERA, B.R., RAMÍREZ BARRÓN, M.C., MALDONADO RADILLO, S.E., BUSTAMANTE VALENZUELA, A.C. (2016). *Burnout y el compromiso organizacional en servidores públicos del sector salud de Baja California*. México: UABC.
- GIEDION U., VILLAR M., ÁVILA A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid: Fundación Mapfre.
- GÓMEZ DANTÉS, O., SESMA, S., BECERRIL, V.M., KNAUL, F.M., ARREOLA, H., FRENK, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53, S2, 220-232.
- LÓPEZ-LEÓN, E., RODRÍGUEZ-MOCTEZUMA, J.R., LÓPEZ-CARMONA, J.M., PERALTA-PEDRERO, M.L., MUNGUÍA-MIRANDA, C. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45, 1, 13-19.
- MONTOYA MELGAR, A. (2007). Trabajo autónomo y contrato de trabajo en las profesiones sanitarias. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 83, 179-193.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OECD) (2016). *Review of Health Systems: Mexico, 2016*. Disponible en: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016/las-necesidades-de-atencion-de-la-salud-y-la-organizacion-del-sistema-de-salud-en-mexico\\_9789264265523-5-es#WgtBflvWyUk#page13](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016/las-necesidades-de-atencion-de-la-salud-y-la-organizacion-del-sistema-de-salud-en-mexico_9789264265523-5-es#WgtBflvWyUk#page13)
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OECD) (2016). *Presentación de las Perspectivas para el Empleo de la OCDE 2016 y del Reporte Igualdad de Género en la Alianza del Pacífico: Promoviendo el Empoderamiento Económico de las Mujeres*. Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/discurso-gabriela-ramos-panorama-del-empleo-2016.htm>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. México. Washington: OPS.
- OSZLAK, O. (2006). Burocracia Estatal: Política y Políticas Públicas, *POSTData* 11, 11-56.
- PÉREZ-CUEVAS, R., DOUBOVA, S.V., VERONIKA J WIRTZ, V.J. SERVAN-MORI, E., DRESER, A., HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2014). Effects of the Expansion of Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies in Mexico: Secondary Data Analysis of a National Survey. Disponible en: [bmjopen.bmj.com](http://bmjopen.bmj.com)
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA - SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR (2009). *La educación superior: situación actual y perspectivas*. México, Distrito Federal: SEP-SES.
- SECRETARÍA DE SALUD JALISCO (2015). Seguridad Social. Disponible en: [http://transparenciainformatica.jalisco.gob.mx/sites/default/files/poblacion\\_seguridad\\_social.pdf](http://transparenciainformatica.jalisco.gob.mx/sites/default/files/poblacion_seguridad_social.pdf)
- SEGURIDAD SOCIAL (2015). Sueldos. Disponible en: <http://www.segurososocial.social/imss/sueldos.php>
- VELARDE AYALA, R.J., PRIEGO ÁLVAREZ, H., LÓPEZ NARANJO, J.I. (2004). Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del Centro Médico ISSET. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. 10, 27: 55-66.
- VINIEGRA VELÁZQUEZ, L. (2016). *La práctica de la medicina. Situación actual y perspectivas*. Disponible en:

<http://www.posgrado.unam.mx/sites/default/files/2016/04/1505.pdf>  
VINIEGRA VELÁZQUEZ, L. (2004). Las gestiones de las

instituciones privadas y públicas de salud, ¿por qué deben ser distintas?. *Rev Med IMSS*, 42, 1, 37-53.