

Las farmacias, los farmacéuticos

y el uso adecuado de
medicamentos en
América Latina

Núria Homedes
Antonio Ugalde



COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

57. *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.*
Zulmira María de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva, 2025

56. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.*
Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025

55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez,
Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
Maria Cecília de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCO
(Continuación)”

Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina

Núria Homedes, Antonio Ugalde
Organizadores



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Homedes, Nùria

Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina / Nùria Homedes ; Antonio Ugalde. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo ; 58)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-90-2

1. Industria Farmacéutica. 2. Formación Profesional. 3. América Latina. I. Ugalde, Antonio II. Título

CDD 615.1

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Carina Pérez*

Ilustración de tapa: *Viti*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Ivana Baldi*

Edición 2011, Lugar Editorial

© 2025, Nùria Homedes, Antonio Ugalde

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-90-2

DOI [10.18294/CI.9789878926902](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926902)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



Núria Homedes

Estudió Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona, realizó las especialidades de Medicina Interna y Medicina Preventiva en la Universidad de Barcelona y obtuvo el doctorado en Salud Pública en la School of Public Health de la University of Texas Health Science Center at Houston, en donde fue profesora y directora del Programa de Salud Global hasta agosto de 2018. Trabajó como médica en el Servicio Nacional de Salud de España y coordinó un plan de atención y promoción de la salud en la región del Alentejo que comprende 60 municipalidades. Fue investigadora en el Centro de Salud Rural de la Universidad de

Arizona. Dirigió la unidad de investigación en salud del Ministerio de Salud de República Dominicana. Ha realizado consultorías para la OMS, USAID, la OPS, el Banco Mundial, y los gobiernos de Colombia, México y Zambia, principalmente en las áreas de sistemas de salud y recursos humanos. Es miembro del Consejo Ejecutivo de la Asociación Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (ISDB) y ha sido miembro del Consejo Editorial de varias revistas internacionales de salud y de ética. Entre 1992 y 1997 trabajó como Especialista en Salud Pública en el Banco Mundial. Tiene experiencia de trabajo en Asia (Papúa Nueva Guinea), África (Mozambique, Chad, Zambia), y en América Latina (México, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Panamá, Colombia, Perú, Argentina) y Guyana. Ha sido profesora visitante de Georgetown University en Washington DC (2015, 2016). Ha publicado seis libros, entre otros, *Clinical Trials in Latin America: Where Ethics and Business Clash* (ed. junto a Antonio Ugalde); *Ética y ensayos clínicos en América Latina* (en coautoría con Antonio Ugalde) y más de 100 artículos. Algunos de los publicados en la revista científica *Salud Colectiva*, en coautoría con Antonio Ugalde, son "El impacto de los investigadores fieles a la industria farmacéutica en la ética y la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica"; "El ciclo de los medicamentos: su impacto en el acceso y el uso adecuado"; "Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio" y "Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica".



Antonio Ugalde

Se doctoró en Derecho y Sociología en la Stanford University y es profesor emérito del Department of Sociology, University of Texas at Austin. Entre 1981 y 2010 contribuyó como miembro de la junta de editores al Handbook of Latin American Studies de la Biblioteca del Congreso de Estados Unidos a la sección sobre México. Ha sido miembro de la junta de editores de *Social Science and Medicine*, *Cuadernos Médicos-Sociales* (Argentina), *Journal of Health and Social Behavior*, *Canadian Journal of Development Studies*, *Medical Science Monitor*, *Clinical Trial Magnifier* (Hong Kong) y *Pacific Sociological Review*. Actualmente es miembro del Consejo

Consultivo de *Salud Colectiva* (Argentina). Ha sido asesor de la OMS, PNUD, USAID, American Public Health Association, Banco Mundial, y Canadian Institute for International Development and Cooperation en varios países de Asia y América Latina. Como profesor invitado ha impartido clases y seminarios en las Universidades de Pittsburgh, Autónoma de Barcelona, del País Vasco, del Valle (Colombia), Católica de El Salvador, del Pacífico (Perú), y la Escuela de Salud Pública de Andalucía. Es autor y compilador de una docena de libros y ha publicado numerosos artículos en revistas científicas, entre ellos, en la revista *Salud Colectiva*, y en coautoría con Núria Homedes, "América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales"; "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica" y "La contribución de las revistas clínicas de alto impacto a la ciencia: el caso de The Lancet", entre otros.

Índice

Introducción. Las farmacias y los farmacéuticos, presente y futuro <i>Antonio Ugalde, Núria Homedes</i>	1
--	---

Primera parte. Las farmacias mexicanas, su organización y estudios de caso

Capítulo 1. Las farmacias mexicanas: regulación y políticas <i>Anahí Dreser, Veronika J. Wirtz, René Leyva Flores</i>	15
Capítulo 2. Organización y funcionamiento de las farmacias en México <i>Veronika J. Wirtz, René Leyva Flores, Anahí Dreser, Kitty K. Corbett</i>	43
Capítulo 3. Las farmacias de Ciudad Juárez y su impacto en la población fronteriza <i>Núria Homedes, Antonio Ugalde, Ángel Velarde</i>	63
Capítulo 4. Los dependientes de farmacia de Ciudad Juárez y el uso de medicamentos <i>Núria Homedes, Antonio Ugalde, Ángel Velarde</i>	91

Segunda parte. Las farmacias del Caribe y América del Sur

Capítulo 5. Las farmacias en Argentina <i>Pedro Armando, Nancy Sold, Sonia Uema, Elena Vega</i>	119
Capítulo 6. Farmacia y dispensación en Brasil <i>María das Graças, Leopardi Gonçalves</i>	139
Capítulo 7. Realidad farmacéutica en Chile: de las boticas a las cadenas de farmacia <i>Hernán Vergara Mardones</i>	157
Capítulo 8. Los servicios farmacéuticos en Cuba: situación actual, retos y perspectivas <i>Francisco Debesa García, María Antonieta Arbesú Michelena, Julián L. Pérez Peña</i>	171

Capítulo 9. Las políticas farmacéuticas y las farmacias en Perú	185
<i>Aldo Álvarez Risco, Núria Homedes</i>	

Tercera parte. Una mirada hacia el futuro

Capítulo 10. La atención farmacéutica: un futuro profesional para América Latina	199
<i>Djenane Ramalho de Oliveira, Manuel Machuca</i>	

Los autores	214
-------------	-----

Introducción

Las farmacias y los farmacéuticos, presente y futuro

Antonio Ugalde, Núria Homedes

Uno de los temas que durante años ha preocupado a los organismos internacionales es el número inaceptable de miles de millones de seres humanos que no tienen acceso a los medicamentos necesarios. En los países latinoamericanos, a medida que ha crecido la economía y envejecido la población, ha ido aumentando el consumo de medicamentos y los gobiernos de algunos países han contribuido también al incremento a través de programas nacionales de distribución gratuita o subsidiada de medicamentos básicos y medicamentos para enfermedades específicas. Lo que los gobiernos de la región no han hecho con el mismo empeño es desarrollar programas para mejorar el uso adecuado de los medicamentos. Facilitar el acceso a medicamentos genera un alto dividendo político, mientras que conseguir su uso seguro y eficaz es una actividad poco visible y compleja.

La industria, las distribuidoras y las farmacias tienen intereses económicos y poco saludables en aumentar el consumo de medicamentos. Luchar para que se usen los medicamentos solo cuando son necesarios y con las precauciones debidas es enfrentarse a estos intereses e incluso al deseo de los ciudadanos. Existe una tendencia por parte de los ciudadanos a preferir el consumo de medicamentos a otras alternativas terapéuticas que pueden ser igual de eficaces pero que exigen cambios conductuales o dietéticos. Por otra parte, se ha presenciado un incremento del uso o abuso de medicamentos llamados *de estilo de vida* (*life style drugs*), cuyo fin no es curar sino incrementar el bienestar o el placer, como confirma el uso indiscriminado entre la población joven en América Latina de medicamentos para la disfunción sexual. La cultura de la profesión médica contribuye igualmente a seleccionar respuestas medicamentosas en lugar de conductuales que producen menos iatrogenia. La escasa formación farmacológica que recibieron los médicos en las facultades de Medicina no les ayuda durante su práctica profesional, porque les hace depender de la información sesgada que reciben de los productores de medicamentos.

Iatrogenia

Con el aumento del consumo de medicamentos también se ha evidenciado un rápido incremento de la morbilidad asociada a su uso. El aumento de la iatrogenia medicamentosa tiene varias causas. La polimedicación, resultado del envejecimiento progresivo de la población, es una de ellas; el marketing agresivo y con frecuencia engañoso de medicamentos que fomentan la prescripción y demanda innecesarias es otro factor contribuyente; además, por múltiples y complejas razones, las agencias reguladoras han acelerado la comercialización de medicamentos poco seguros y poco eficaces que eventualmente, una vez descubierta la morbilidad que causan, son retirados del mercado.

En resumen, los esfuerzos para aumentar el acceso a los medicamentos que no van acompañados de intervenciones para promover su uso adecuado pueden ser un arma de doble filo. El medicamento se ha convertido en una causa importante de morbilidad, lo que exige prevenir y buscar soluciones a este problema con la misma determinación que se invierte en buscar respuesta a otras enfermedades. En países de mayores recursos la morbilidad asociada a la farmacoterapia empieza a ser un tema importante de salud pública. Los siguientes datos son por sí mismos reveladores.

Un estudio reciente (Moore *et al.*, 2007) realizado en EEUU documentó que entre 1998 y 2005 el número de reacciones adversas creció alrededor de cuatro veces más que el número de prescripciones. En ese período de tiempo el número de prescripciones aumentó en un 41% (de 2.700 a 3.800 millones), el número de informes de reacciones adversas graves en un 157% (de 34.966 a 89.842) y las muertes por reacción adversa en un 174% (de 5.519 a 15.107). El porcentaje de reacciones adversas que ocasionaron la muerte se mantuvo relativamente constante: 15,8% en 1998 y 16,8% en 2005.

Gandhi *et al.* (2003) revelaron que el 25% de los pacientes de atención primaria experimentaron una reacción adversa a los medicamentos durante las cuatro semanas siguientes a la consulta y que el 11% podría haberse prevenido; y según Winterstein *et al.* (2002) el 7% de los ingresos hospitalarios se asociaron al uso de fármacos. Entre el 2005 y 2006, el 2,5% de las consultas a los servicios de emergencia de los hospitales de EEUU. fueron por reacciones adversas y de estas el 16,7% requirieron la hospitalización del paciente (Budnitz *et al.*, 2006). De acuerdo a Fu *et al.* (2004) la Food and Drug Administration (FDA) estimó que en EEUU. en 1995 se gastaban unos US\$ 20 millones anuales en hospitalizaciones por prescripciones inadecuadas. Más recientemente, los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) calcularon que las reacciones a los medicamentos son responsables de 700.000 consultas a los servicios de emergencias y de 120.000 ingresos hospitalarios (Young, 2009).

En América Latina hay muy poca documentación sobre la frecuencia y severidad de las reacciones adversas a medicamentos. Según un estudio realizado recientemente en Argentina (Bernadou, 2009), anualmente se hospitalizan unas 100.000 personas y 21.800 mueren por reacciones adversas, y el 50% de estos eventos ocurren en pacientes mayores de 65 años polimedcados (seis medicamentos o más). El autor del estudio, el doctor Marcelo Peretta, encontró que el 30% de las reacciones adversas

fueron resultado de la automedicación y el resto por mala prescripción médica o mala administración por parte del paciente. En conjunto, el autor del estudio estimó que el 50% de los argentinos mayores de 18 años utilizan medicamentos incorrectamente.

El creciente costo y la severidad de las reacciones adversas es motivo de preocupación para las agencias reguladoras en los países de mayores ingresos y algunas han desarrollado programas para mejorar la prescripción y la seguridad de los que consumen fármacos, aunque hasta ahora la mayoría de las intervenciones han sido poco exitosas (Royal *et al.*, 2006). Las agencias reguladoras latinoamericanas, todas ellas con menos de 25 años de existencia, todavía no han podido enfrentarse con firmeza a este problema; no hay duda que en América Latina la morbilidad por medicamentos aumentará a pasos rápidos a no ser que se tomen medidas apropiadas. Falta de recursos es probablemente una de las razones, pero se necesita primero conocer la magnitud del problema y después identificar otras posibles causas de la indecisión de las agencias y buscar soluciones a la iatrogenia medicamentosa.

Otros actores

La responsabilidad de promover el uso adecuado de medicamentos y reducir la iatrogenia va más allá de las agencias reguladoras, ya que ellas, como ya se ha indicado, necesitan recursos, pero también legislación para poder actuar. Tampoco pueden imponer fácilmente cambios en la cultura de las diferentes profesiones o introducir cambios en su comportamiento profesional. Para poder resolver o por lo menos disminuir la morbilidad relacionada con los medicamentos hay que reconocer que hay muchos actores a lo largo del ciclo medicamentoso, es decir, desde el desarrollo, producción, aprobación, distribución, almacenamiento, prescripción y dispensación o hasta su consumo, incluyendo los responsables de las políticas y regulación.

Cada actor tiene responsabilidades específicas, pero con frecuencia necesita coordinar sus acciones con otros y trabajar en equipo. Además de médicos, odontólogos, enfermeros y farmacéuticos —los profesionales que se asocian comúnmente a la prescripción, dispensación y supervisión de los medicamentos—, hay otros profesionales tales como trabajadores sociales, nutricionistas, educadores y científicos sociales que pueden y deben jugar un papel importante. El personal técnico como por ejemplo los dependientes de farmacia y promotores de salud también tienen un rol. Asimismo, lo pueden tener miembros de la comunidad sin ningún entrenamiento formal como ha quedado demostrado en los programas de tratamiento de la tuberculosis llamados DOT (*direct observed therapy*). Finalmente, hay que recordar que el paciente juega un rol definitivo.

Es importante señalar las múltiples responsabilidades para evitar que una profesión piense que por sí sola puede resolver el problema del uso inadecuado de los medicamentos. Por ejemplo, ha habido interpretaciones de la atención farmacéutica que han afirmado que los farmacéuticos son los actores principales en el

seguimiento farmacoterapéutico o en la reducción de la morbilidad asociada al uso de medicamentos. Si el diagnóstico es inadecuado, si la eficacia/seguridad del medicamento es dudosa, si el paciente malinterpreta la información recibida o por razones que solo él o ella puede determinar decide no cumplir con las recomendaciones, poco puede hacer un farmacéutico. Aparte de ello, un psicólogo puede entender mejor que otros profesionales las razones que llevan a un paciente a no seguir las recomendaciones, y un trabajador social o, como se ha mencionado, alguien de la comunidad, puede hacer el seguimiento de la farmacoterapia. En otras ocasiones, por ejemplo, en el caso de pacientes polimedicados, el trabajo en equipo conformado por prescriptores, farmacéuticos y otros profesionales puede ser necesario.

Las farmacias y la profesión farmacéutica en América Latina

El objeto de este volumen es discutir el papel que las farmacias y los farmacéuticos, eslabones del ciclo de medicamentos, tienen en el éxito o fracaso de una farmacoterapia y en aumentar o disminuir la iatrogenia relacionada con el medicamento. Nuestro trabajo editorial con el Boletín Fármacos —desde 1998— nos ha hecho conscientes de que en América Latina existen vacíos legislativos sobre farmacia y dispensación, y de que hay fallos en la implementación de la legislación vigente. Los pronunciamientos frecuentes de las diferentes organizaciones de farmacéuticos nos han enseñado que, como es de esperar, su principal objetivo es proteger los intereses económicos de sus socios y en menor medida la salud de la comunidad. También hemos aprendido que a nivel regional existe una carencia de información sobre aspectos esenciales del funcionamiento de la farmacia, grandes deficiencias dispensariales y que se sabe poco sobre su impacto en la salud.

Deficiencias dispensariales

La mayoría de los pocos estudios sobre dispensación se han hecho en Brasil. En Recife, Amorim *et al.* (2001) documentaron que el 67% de las farmacias proporcionaron recomendaciones inadecuadas a niños con estreñimiento crónico; solo 37% de las farmacias de Porto Alegre actuaron adecuadamente con los clientes que presentaban dolor de garganta (Facin *et al.*, 2005); y en 65% de las farmacias de San Pablo hicieron recomendaciones erradas en el caso de niños con rinitis alérgica (Balbani *et al.*, 1997). Krymchantowski *et al.* (2002) también descubrieron deficiencias importantes en las orientaciones que los empleados de las farmacias brasileñas ofrecían a pacientes con cefalea.

En Bolivia, Zamora Gutiérrez *et al.* (1995) estudiaron las recomendaciones de los farmacéuticos a niños con diarrea y encontraron que menos del 2% recomendó sales de rehidratación oral, incremento de la administración de líquidos o consulta con el médico. Valverde llegó a conclusiones muy semejantes en un estudio similar realizado en Guatemala (1989). Kroeger *et al.* (2001) evidenciaron que el 80% de las recomendaciones que realizaron los farmacéuticos de dos ciudades de Guatemala y de dos ciudades de Chiapas (México) a pacientes ficticios que simulaban tener un episodio de diarrea o una infección de vías respiratorias altas no fueron adecuadas. El problema es todavía mayor cuando se trata de enfermedades de transmisión sexual (ETS); según Turner *et al.* (2003) las farmacias de la ciudad de México solo diagnosticaron adecuadamente a entre el 0 y 12% de los pacientes que acudieron con una ETS y solo recomendaron el tratamiento adecuado en entre el 12 y 16% de los casos.

El rol de los dependientes de farmacia

Prácticamente todos los investigadores coinciden en que los dependientes de farmacia son reacios a referir pacientes a la consulta médica o a un farmacéutico con mayor conocimiento (Krymchantowski *et al.*, 2002; Lambert, 2005; Lima, 1989; Oliveira Silva Naves *et al.*, 2008; Balbani *et al.*, 1996 y 1997). Curiosamente, Oshiro y Cardozo de Castro (2002) también encontraron que en Brasil los empleados de las farmacias tenían menos interés en proveer servicios de calidad que los dueños, presumiblemente porque estos últimos tienen más interés en mantener la relación con sus clientes. Según Oliveira Silva Naves *et al.* (2008) en Brasil el margen de ganancia para los dependientes varía según la clase terapéutica del producto vendido, y la venta de antibióticos era una de las actividades más lucrativas, seguida de la venta de analgésicos, medicamentos para la gripe y antidepresivos.

La experiencia indica que, al igual que en el caso de los médicos (Paredes *et al.*, 1996), las recomendaciones de los dependientes de farmacia no siempre son congruentes con sus conocimientos (Oshiro y Cardozo de Castro, 2002), ya sea porque quieren responder a las expectativas de los pacientes o porque dan prioridad a sus beneficios económicos. Es decir que simultáneamente habría que educar a los consumidores en el uso adecuado de medicamentos. Los conflictos de interés inherentes a la doble función de prescribir y dispensar son muy difíciles de eliminar, y para minimizarlos es muy probable que sean necesarios cambios legislativos cuyo cumplimiento deberá ser monitoreado por la entidad reguladora. Un paso preliminar es entender mejor cuáles son los conflictos de interés.

Otros temas poco estudiados

La expansión creciente de las farmacias de cadena en los centros urbanos está desplazando a las farmacias tradicionales, pero a nivel regional no se ha estudiado el impacto del cambio en la dispensación. Tampoco se conoce el impacto específico que tiene para la salud la venta sin receta de medicamentos que requieren receta o incluso de los medicamentos que en algunas legislaciones se llaman controlados (que incluyen por ejemplo los opiáceos). De la misma manera no se sabe el impacto que tiene para los enfermos que las farmacias dispensen medicamentos diferentes a los recetados, aunque fuesen del mismo grupo terapéutico, especialmente cuando se trata de pacientes adultos y polimedicados.

Existen reportajes de prensa de periodistas investigadores y algunos estudios de asociaciones civiles que sugieren la existencia de estas prácticas, pero no se sabe si las respuestas administrativas son adecuadas ni las razones que justifican la falta de respuesta o la inercia de las agencias públicas o ministerios. En Córdoba (Argentina), un reportero demostró en una investigación de solo dos días que en la mitad de las farmacias de la ciudad se podían adquirir medicamentos controlados (cuyas recetas se deben archivar) sin receta, y también los adquirió en algunas farmacias en forma fraccionada, lo que está también prohibido (Boletín Fármacos, 2005). En Rosario, la Asociación Civil del Hospital Centenario encontró que el 85% de los medicamentos prescritos en 90 recetas presentadas en 30 farmacias fueron sustituidos por otros medicamentos más costosos; en este caso se puede inducir que el cambio no tuvo consecuencias negativas para el usuario aparte de las económicas, pero que rutinariamente se sustituyan medicamentos sin explicación es causa de preocupación y hace pensar que no es una buena práctica dispensarial (Boletín Fármacos, 2003). Otras prácticas de las farmacias son menos conocidas; por ejemplo, la prensa de Chile (Keller, 2006) reportó que las farmacias venden copias de las recetas que emiten los médicos a los productores de medicamentos para que estos las utilicen en el diseño de sus estrategias para cambiar las prácticas prescriptivas de los médicos. Se sabe que esto también sucede en otros países.

La automedicación es el resultado de los problemas de acceso a los servicios de salud, pero también de otros factores complejos que no conocemos bien. Los estudios que existen en la región sugieren que hay un alto grado de automedicación. Dewulf *et al.* (2007) encontraron un 59% de automedicación en Ribeirão Preto y Castro Musial *et al.* (2007) un 42% en San Pablo.

Sobre este volumen

El vacío de conocimiento sobre aspectos importantes de la farmacia y el trabajo de los farmacéuticos, al mismo tiempo que algunos estudios académicos y numerosos reportajes de prensa documentaban prácticas que podrían incrementar la iatrogenia medicamentosa, es lo que nos llevó a proponer la preparación de un volumen que

reuniera algunos aspectos de la legislación, organización, prácticas de dispensación en América Latina y el rol de los farmacéuticos. La decisión fue coincidente con el trabajo de investigación sobre las farmacias que los compiladores de este volumen desarrollaban en Ciudad Juárez (México), ciudad fronteriza con Estados Unidos, con el apoyo de colegas de la Escuela Nacional de Salud Pública de México. Ello explica que los cuatro primeros artículos de la primera parte del volumen traten de la farmacia mexicana.

El resto de los capítulos responden al interés de los autores, que aceptaron escribir en torno a un esquema bastante estructurado que les fue proporcionado. Por razones editoriales y de espacio hemos incluido información sobre una selección de países que en población representan a la gran mayoría de los ciudadanos latinoamericanos y una variedad de modelos de salud. Nuestra esperanza es que otras personas interesadas compilen información sobre otros países, con lo que se conseguirá una visión más completa del papel que juegan las farmacias y los farmacéuticos latinoamericanos en mejorar la salud de sus conciudadanos.

Atención farmacéutica

Es un secreto a voces que la profesión farmacéutica, desde que fue desplazada de su trabajo magistral por la industria, se ha convertido en una actividad comercial. Se ha mencionado que el desarrollo de las cadenas de farmacia está desplazando a las farmacias tradicionales y poniendo en peligro la existencia del farmacéutico empresario/vendedor. En parte por ello, algunos farmacéuticos han buscado alternativas profesionales incluyendo el desarrollo de la atención farmacéutica, un concepto claro, pero con múltiples interpretaciones. Por numerosas razones que no pretendemos resolver en este volumen, su implementación está rodeada de dificultades, pero pensamos que sería interesante incluir un capítulo sobre atención farmacéutica. Todos los autores de este volumen coinciden en que en América Latina la atención farmacéutica en este momento no es más que un sueño a realizar. Por otra parte, nos parece difícil que la atención farmacéutica se pueda llevar a cabo en farmacias particulares que compitan entre ellas, y nos parece poco ético que los farmacéuticos den atención farmacéutica si en el proceso de hacerlo tienen la posibilidad de generar un beneficio con la venta de medicamentos.

La venta libre de medicamentos que requieren receta

El lector encontrará que a pesar de las diferencias políticas y de organización de los servicios de salud de los países estudiados, el funcionamiento de las farmacias tiene muchos puntos afines en la región. Entre ellos se destaca el hecho de que en América Latina la gran mayoría de los medicamentos se venden/dispensan sin que

intervenga un farmacéutico, y esto sucede tanto en los países en los que la ley obliga a que haya un farmacéutico en la farmacia durante las horas de servicio al público como en los que la ley no lo requiere.

En el caso del primer grupo de países —que son la mayoría—, el farmacéutico está ocupado en otras actividades administrativas y gerenciales de la farmacia, tanto en las farmacias privadas como en las públicas. En el caso de Brasil, por ejemplo, un programa relativamente grande de entrega gratuita de medicamentos básicos se hace en los establecimientos del Servicio Único de Salud. En muchos de ellos no hay farmacias sino dispensarios de medicamentos sin farmacéutico. Igualmente, los responsables de las farmacias comunitarias de Cuba, que son las que llevan el peso de la entrega y dispensación, son los técnicos de farmacia. En Argentina y en Brasil, los farmacéuticos tienen un contacto limitado con los usuarios, y son los auxiliares en el primer país o los “balconistas” (ver Capítulo 6) en el segundo los que tienen el contacto con el cliente. Lo mismo sucede en Perú en donde las farmacias son atendidas por estudiantes de farmacia o técnicos, y en México, donde son mayoría los dependientes sin ninguna formación específica. Excepto el caso de Cuba, que requiere estudios formales a los técnicos de farmacia, el resto del personal auxiliar no tiene ninguna obligación de seguir ningún estudio y basta con haberse graduado en la secundaria, aunque en México ni siquiera eso es necesario.

Si se tiene en cuenta el alto nivel de automedicación reportado en los capítulos de Perú y México (por encima del 60%) y que también existen en otros países, que raramente se exige receta para comprar medicamentos que la necesitan, que los niveles de educación son relativamente bajos sobre todo en la población de menos recursos, y el mínimo conocimiento técnico que tienen los dependientes y auxiliares de farmacia, se puede formular la hipótesis de que en América Latina la iatrogenia medicamentosa es alta.

La dispensación y la necesidad de entrenar a los dependientes

Nos ha llamado la atención que en varios países la interacción entre el cliente y el vendedor del medicamento es muy breve, a veces incluso se limita a pedir un producto y su entrega sin que medie ninguna otra comunicación. Esta realidad contrasta con la nostálgica descripción del farmacéutico de antaño, y la idea todavía vigente en algunos textos académicos de que la farmacia es para muchos ciudadanos el primer punto de contacto con los servicios de salud en la que el paciente recibe gratuitamente información confiable sobre su condición y la terapia necesaria.

La farmacia como un establecimiento en el que se establece una relación personal de confianza entre farmacéutico y cliente está en América Latina en proceso de extinción, en parte porque como se ha mencionado hay muy pocos farmacéuticos que se relacionan con el cliente; y posiblemente, porque el cliente intuye que el conocimiento del dependiente sobre salud es poco seguro o deficiente. Aparte de este cambio, la brevedad de la interacción del comprador con el vendedor hace

cuestionar si realmente en América Latina hay dispensación. En la opinión de todos los expertos la dispensación es un componente importante en el acto de la entrega de medicamentos y si se ejerce con profesionalidad puede reducir la morbilidad por medicamentos.

La industria farmacéutica y las distribuidoras presionan a las farmacias para que comercialicen sus medicamentos en vez de los de la competencia. Una de las formas de hacerlo es a través del entrenamiento de los dependientes. Como se discute en el capítulo sobre los dependientes, en Ciudad Juárez, la industria farmacéutica ha decidido ofrecer entrenamiento a este personal, oportunidad que aprovecha para informarles sobre el valor terapéutico de sus productos y presenta esta actividad como una contribución educativa académica cuando en realidad es una acción de marketing solapada. Los demás capítulos no exploran el rol de los productores y distribuidores en la formación del personal a través de cursos o conferencias, o los incentivos monetarios que ofrecen a las farmacias. Sin duda esta actividad se da y es importante documentarla y determinar su impacto en la dispensación.

Urge diseñar un plan de entrenamiento —independiente de la industria— para todos los que atienden las farmacias y están en contacto directo con los usuarios, y hay modelos que podrían fácilmente adaptarse a las necesidades de cada país (WHO, 2000; Wiedenmayer *et al.*, 2006). El plan debe incluir módulos que entrenen al personal para comunicarse con los compradores. Hay que recordar que muchos pacientes no entienden muy bien las recomendaciones que les dan los médicos y a veces ni siquiera cuál es su diagnóstico.

Las cadenas

La lectura de los capítulos nos muestra las similitudes que existen en el funcionamiento y organización de las cadenas de farmacias, lo cual no debe extrañar ya que responde a un modelo global con variaciones de estilo y uso de diferentes tecnologías innovadoras. Dentro de pocos años, como ha sucedido en los países de más altos ingresos, la venta y dispensación de los medicamentos estará en las manos de unas pocas cadenas que tendrán características oligopólicas, como el capítulo sobre Chile indica que ya ha sucedido allí. En economías globales y liberales parece imposible que se pueda parar el cambio.

Los autores de los capítulos de este volumen están de acuerdo que en su presente organización las cadenas de farmacia no son espacios dedicados a la salud sino al comercio y que hay muy poca diferencia entre cualquier farmacia de cadena y un supermercado. El medicamento se ha transformado en un bien de consumo que como otros muchos puede producir un beneficio o ser un peligro para la salud. La organización de la farmacia, las tácticas de mercadeo y los fines son iguales que en otras cadenas ya sean de muebles, zapatos o comida. Lo que quizá no se discute tanto en estos capítulos es que las farmacias tradicionales también tienen una dimensión comercial importante, y que los farmacéuticos en los países en los que ellos

son dueños o las regentan se mueven por fines comerciales. Quedan por estudiar las posibilidades de que las cadenas ofrezcan una dispensación profesional y la legislación necesaria para que ello suceda.

El capítulo sobre Brasil indica que se han establecido diferentes formas de relaciones y asociaciones entre los productores y distribuidores y las cadenas, aunque no se discute el impacto en la calidad de los servicios farmacéuticos.

Consideraciones finales

La legislación y la regulación sobre las farmacias y la labor de los farmacéuticos es abundante, pero con frecuencia no se implementa o no se exige que se cumpla. La contribución sobre Perú es un buen ejemplo de abundante legislación y cambios administrativos que a veces marcan un avance y otras un retroceso, sin que se puedan identificar resultados tangibles. El apéndice del capítulo sobre Argentina en el que se presenta su legislación y reglamentación también nos ofrece una prueba de que no faltan leyes y decretos. Pero se echa de menos el trabajo de especialistas en ciencia política que analicen la legislación e identifiquen los factores que influyen en su gestación y en su implementación.

La historia reciente de la farmacia en América Latina tiene un hito importante: las reformas neoliberales introducidas en todos los países en la década de 1990, excepto en Cuba, que consiguieron incrementar la competencia en el sector farmacéutico. Desde nuestro punto de vista, el sector salud —incluyendo el farmacéutico— debe quedar fuera del mercado capitalista, porque no hay todavía un ejemplo que sugiera que la competencia produce más salud que un trabajo motivado por el sentido de responsabilidad hacia la comunidad en el que la ganancia no es el principal motor de la actividad. El reto que tiene que enfrentar el sector farmacéutico es definir modelos de funcionamiento que eviten la baja productividad de algunos empleados públicos y la burocracia innecesaria de algunos gobiernos sin recurrir a modelos que estimulan la competencia y los intereses comerciales más que el uso adecuado de los medicamentos.

Referencias bibliográficas

- Amorim, R. J. M.; Silva, A. P. G.; Lima, M. C.; Eleutérico, R. H. R.; Martins, M. R.; Araújo, M. L. M. (2001). Prescribo leiga de medicamentos na constipando crônica da infância. *Pediatria* (San Pablo), 23, 3, 208-212.
- Balbani, A. P. S.; Carvalho Santos Junior, R.; Ganz Sánchez, T.; Butugan, O. (1996). Estudo sobre a prescrição de medicamentos em farmácias: sinusites. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 62, 3, 241-244.

- Balbani, A. P. S.; Vagner Nascimento, E. V.; Ganz Sánchez, T.; Ferreira de Mello Junior, J.; Butugan, O.; Godoy Duarte, J. (1997). Tratamento da rinite alérgica em crianças: prescrebo leiga de medicamentos e intoxicates. *Pediatria* (San Pablo), 19, 4, 249-256.
- Bernadou, F. (2009). Mueren 21.800 argentinos al año por mal uso de medicamentos. *La Nación*, 3 de mayo. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bztc88> (consultado el 08/06/2025).
- Boletín Fármacos (2003). En Rosario, la mayoría de las farmacias induce a comprar medicamentos más caros. *Boletín Fármacos*, 6, 1, 13-14.
- Boletín Fármacos (2005). Se investiga la venta sin receta de medicamentos que deberían ser despachados bajo "receta archivada". *Boletín Fármacos*, 8, 2, 113. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n9aehha> (consultado 08/06/2025).
- Budnitz, D. S.; Pollock, D. A.; Weidenback, K. N.; Mendelsohn, A. B.; Schroeder, T. J.; Annest, J. L. (2006). National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. *JAMA*, 296, 15, 1858-1866. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.296.15.1858>
- Castro Musial, D.; Santos Dutra, J.; Alexandrino, T. C. (2007). Automedicação entre os brasileiros. *Revista de Saúde e Biologia*, 2, 2, 5-8.
- Dewulf, N. L. S.; Costa Júnior, M. L.; Santos, V. (2007). Levantamento do uso de medicamentos em campanhas de saúde - Riberão Preto/SP. *Revista de Ciências Farmacéuticas Básica e Aplicada*, 28, 3, 311-318.
- Facin, M. A.; Felix, E.; Hadlich, E.; Schmitz, R. S. K.; Muxfeldt, R. A.; Pereira, R. P.; Mengue, S.S. (2005). Condutas de balcão nas farmácias de Porto Alegre (Brasil), mediante apresentação de um caso de dor de garganta. *Acta Farmacéutica Bonaerense*, 24, 2, 261-265.
- Fu, A. Z.; Du, G. G.; Dale, C. B. (2004). Inappropriate Medication Use and Health Outcomes in the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 11, 1934-1939. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52522.x>
- Gandhi, T. K.; Weingart, S. N.; Borus, J. et al. (2003). Adverse Drug Events in Ambulatory Care. *New England Journal of Medicine*, 348, 1556-1564. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmsa020703>
- Keller, F. N. (2006). Ministerio de Salud en alerta ante copia de recetas médicas. *El Mercurio* (Chile), 23 de marzo.
- Kroeger, A.; Ochoa, H.; Aran, B.; Díaz, A.; Rizzo, N.; Flores, W. (2001). Inadequate Drug Advice in the Pharmacies of Guatemala and Mexico: the Scale of the Problem and Explanatory Factors. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 95, 6, 605-616. doi: <https://doi.org/10.1080/00034980120092543>
- Krymchantowski, A. V.; Irikura, S.; Ferreira Moreira, P.; Barbosa, J. S.; Lysia, R.; Tavares, C.; Rocha, N. (2002). Perfil de orientado, recomendação e venda de medicamentos para cefaléia em farmácias brasileiras, profissionais inabilitados e conductas inadequadas. *Migrações y Cefaleas*, 5, 2, 47-53.
- Lambert, M. L.; Delgado, R.; Michaux, G.; Vols, A.; Speybroeck, N.; Ven der Stuyft, P. (2005). Collaboration between Private Pharmacies and National tuberculosis Programme: an Intervention in Bolivia. *Tropical Medicine and International Health*, 10, 3, 246-250. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01383.x>
- Lima, V. L.W.; Guterres, S. S.; Campos, V.; Costa, T. C. T. D.; Chaves, C. G. (1989). Dispensação de medicamentos nas farmácias e drogarias de Porto Alegre. *Caderno de Farmacia*, 5, 1-2, 9-23.
- Moore, T. J.; Cohen, M. R.; Furberg, C. D. (2007). Serious Adverse Drug Events Reported to the Food and Drug Administration. *Archives Internal Medicine*, 167, 16, 1752- 1759. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.167.16.1752>
- Oliveira Silva Naves, J.; Cardozo de Castro, L. L.; Ferreira de Melo, G.; Giavoni, A.; Merchán-Hamann, E. (2008). Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um

- estudo de interverngo. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 3, 577-586. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300011>
- Oshiro, M. L.; Cardozo de Castro, L. L. (2002). Avaliagãdos dos efeitos de uma intervenção educativa para promogão do uso da Terapia de Reidratagão Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1, 287-297. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100029>
- Paredes, R; de la Peña, M.; Flores-Guerra, E.; Díaz, J.; Trosle, J. (1996). Factors Influencing Physicians' Prescribing Behavior in the Treatment of Childhood Diarrhea: Knowledge May not be the Clue. *Social Science & Medicine*, 42, 1141-1153. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00387-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00387-8)
- Royal, S.; Smeaton, L.; Avery, J. J.; Hurwitz, B.; Sheikh, A. (2006). Interventions in Primary Health Care to Reduce Medication Related Adverse Events and Hospital Admissions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 23-31. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012153>
- Turner, A. N.; Elletson, C.; Thomas, S.; García, S. (2003). Diagnosis and Treatment of Presumed STIs at Mexican Pharmacies: Survey Results from a Random Sample of Mexico City Pharmacy Attendants. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 224-228. doi: <https://doi.org/10.1136/sti.79.3.224>
- Valverde, C. (1989). La farmacia: un recurso de salud. *Archives of Latinoamerican Nutrition*, 39, 3, 365-381.
- Wiedenmayer, K.; Summers, R. S.; Mackie, C. A.; Gous, A. G. S.; Everard, M. (2006). *Developing Pharmacy Practice. A Focus on Patient Care*. Handbook. [WHO/PSM/PAR/20 06.5]. Ginebra: WHO.
- Winterstein, G.; Sauer, B. C.; Hepler, C. D.; Poole, C. (2002). Preventable Drug-Related Hospital Admissions. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, 7, 1238-1248. doi: <https://doi.org/10.1345/aph.1a225>
- WHO (2000). *Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication*. [WHO/EDM/QSM/00.1]. Ginebra: WHO.
- Young, A. (2009). Pharmacies' Data on Drugs Often Varies. *The Atlanta Journal-Constitution*, 22 de febrero.
- Zamora Gutiérrez, A. D.; Aguilar Liendo, A. M.; Codero Valdivia, D. (1995). Actitudes de los expendedores de farmacias bolivianas frente a un caso de diarrea. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 118, 5, 424-428.

Primera parte

Las farmacias mexicanas,
su organización y estudios de caso



Strychnine

Sulpho Salap.

Aconite

Time of Use

POTASH

Potash

Zincin

MORPHIA SULPH

TANNATE OF BR

ONIA
(FR)

CATECHU
grains (C&F)

QUINIAE
SULPHATIS.

QUINIAE
SULPHATIS.

contains three grains
Sulphate of Quinin.
PREPARED AT THE
U. S. A.

Capítulo 1

Las farmacias mexicanas: regulación y políticas

Anahí Dreser, Veronika J. Wirtz, René Leyva Flores

Introducción

Las farmacias son el último eslabón de la cadena farmacéutica y representan el punto de contacto entre dos grandes sistemas: el industrial-farmacéutico y el sistema de salud. Así, mientras las farmacias funcionan evidentemente con fines de lucro vendiendo medicamentos y otros productos, al mismo tiempo tienen una función central en la salud poblacional, al asegurar la calidad, el acceso y el uso adecuado de los medicamentos, y participando en la promoción de la salud. Sin embargo, estas dos funciones bien reconocidas de las farmacias frecuentemente entran en conflicto. La regulación de las farmacias, así como su posición dentro de las políticas nacionales de salud y de medicamentos, determinan en gran medida el grado de equilibrio o falta de balance que exista en sus funciones, y por lo tanto el papel que tienen en la salud.

En el presente capítulo, presentamos primero un breve recuento histórico del funcionamiento y regulación de las farmacias en México; describiremos el actual marco regulatorio y los principales instrumentos jurídicos y normativos para las farmacias mexicanas; y detallamos la posición de las farmacias dentro de las recientes políticas de salud y de medicamentos. Finalmente analizamos las dificultades que existen para que las farmacias de México cumplan con su función de promover la salud de la población.

Breve historia de las farmacias en México¹

El actual funcionamiento de las farmacias en México es derivado, al menos en parte, de su legado histórico. Las primeras farmacias de México se desarrollaron entre los siglos XVI y XIX vinculadas a las costumbres, conocimiento y regulación de la Corona Española. Al principio, las farmacias —en ese entonces llamadas *boticas*— eran atendidas por boticarios que provenían de España. Posteriormente, al no haber en el país estudios universitarios de farmacia, la práctica farmacéutica comenzó a desempeñarse solo como un oficio (SSa², 2005, p. 15). Después de la independencia, en 1833, se formalizó el estudio profesional de farmacia. Surgieron así los farmacéuticos o “profesores titulados de farmacia”, distinguiéndose de los desprestigiados boticarios, dependientes o “prácticos” (Hinke, 2001).

Con la creación del Consejo de Salubridad General en 1841, se normó el ejercicio de la farmacia, definiendo que solamente los farmacéuticos podían establecer una botica, y que ellos deberían fijar un horario para supervisarla. Además, se estableció que las farmacias serían verificadas anualmente. Sin embargo, el Consejo carecía de autoridad y la regulación de las farmacias resultó ser muy irregular. Los boticarios prácticos continuaron al frente de muchas farmacias defendiendo su espacio de trabajo y argumentando su amplia experiencia en el oficio (Hinke, 2001).

Durante las siguientes décadas, los farmacéuticos se unieron en una sociedad³, utilizaron la prensa y presionaron al Congreso exigiendo su exclusividad para ejercer esta profesión. No obstante, no se logró consolidar un ordenamiento legal sólido sobre la actividad farmacéutica (Martínez *et al.*, 2007; Ortiz *et al.*, 2008). Con la promulgación del Código Sanitario de 1891 se intentó hacer más estricta la regulación de las farmacias. Sin embargo, en la práctica resultó haber mucha tolerancia en la exigencia de tener como responsable de la farmacia a un farmacéutico, y este frecuentemente solo asistía dos o tres horas al día.

Las posteriores reformas al Código Sanitario y al Reglamento de Expendio de Medicinas de 1904 condujeron a la diferenciación de dos tipos de farmacias: las de primera clase, atendidas constantemente por un farmacéutico; y las de segunda clase, atendidas por personas sin título, los *prácticos* (Hinke, 2001; Ortiz *et al.*, 2008). Esto dejó, por lo tanto, cabida legal al ejercicio no profesional de la farmacia en México, que se extiende hasta ahora.

¹ En este capítulo utilizaremos el término “farmacia” para referirnos a todos los establecimientos dedicados primordialmente a la venta de medicamentos, cualquiera sea el tipo al que pertenezcan de acuerdo a la clasificación oficial del gobierno.

² Secretaría de Salud (SSa).

³ Sociedad Farmacéutica Mexicana, fundada en la capital del país en 1871. Su publicación *La Farmacia* fue vehículo para promover los derechos profesionales de los farmacéuticos. Por ejemplo, en uno de sus artículos se denunciaba el “abandono injustificable de nuestras autoridades que permiten confundir al hombre de ciencia que ejerce una profesión de gran responsabilidad, con el intruso comerciante que engaña al público” (Río de la Loza 1890, citado en Martínez *et al.*, 2007).

Al comienzo del nuevo siglo, comenzaron a establecerse en el país grandes compañías farmacéuticas y a introducirse las *especialidades farmacéuticas*, productos manufacturados por la industria extranjera. Estos productos, aunque caros, ganaron rápidamente aceptabilidad entre el público, lo cual condujo a la paulatina desaparición de la elaboración de fórmulas magistrales; así, la presencia del farmacéutico en las farmacias se volvió menos relevante (SSa, 2005, p. 26). Con el fin de “liberar al país de su tributación al extranjero” y fomentar producción nacional de medicamentos, se impulsó la *industrialización* de la profesión farmacéutica (Cervantes, 1917, citado en Martínez *et al.*, 2007). Consecuentemente, el currículum de la carrera de farmacia cambió, y en 1919 la carrera —que hasta entonces se cursaba en la Escuela Nacional de Medicina— se trasladó a la Facultad de Ciencias Químicas⁴. De esta forma, la carrera de farmacia se distanció del campo de la salud, y comenzó el maridaje que ha perdurado hasta ahora entre la farmacia, la química y la biología⁵ (Ortiz *et al.*, 2008).

En 1927 se fundó la Asociación General de Propietarios de Boticas, Farmacias y Droguerías de la República Mexicana. Dicha Asociación —preocupada por la amenaza que significaba la progresiva importación y comercialización de especialidades farmacéuticas— se propuso impulsar la práctica de la farmacia clásica en las boticas, preparando medicamentos accesibles para la población (SSa, 2005, p. 27). Sin embargo, esta propuesta no logró concretarse; el crecimiento de la industria farmacéutica y la importación de medicamentos condujeron al progresivo descuido de los espacios de atención a la salud que eran las farmacias. A partir de la década de 1950, las antiguas boticas casi habían desaparecido dando paso a las farmacias actuales atendidas en su mayoría por personal sin estudios profesionales cuyo propósito es vender medicamentos, entre muchos otros productos.

En 1921 se publicó el Reglamento General para el funcionamiento de droguerías, boticas y farmacias de la ciudad de México (DOF⁶, 1921) y en 1942, con ámbito nacional, se publicó el Reglamento de Droguerías, Farmacias, Laboratorios y

⁴ Martínez *et al.* (2007, p. 285) concluyen que fue la imposibilidad de obtener la autonomía de su profesión frente a los médicos y de recuperar el control de las boticas, el motivo que llevó a los farmacéuticos a acercarse a otras disciplinas, forjar una nueva identidad como químicos y dejar de lado los aspectos ligados a la farmacia.

⁵ La carrera universitaria cambió de nombre, surgiendo así los actuales químicos-fármaco-biólogos (QFB). Estos profesionales trabajan principalmente en la industria farmacéutica y en laboratorios de análisis clínicos, y en menor grado como responsables sanitarios en farmacias que venden medicamentos controlados. Numerosas universidades en México ofrecen la carrera de QFB. Recientemente, grupos académicos y asociaciones profesionales farmacéuticas de México han creado e impulsado la Licenciatura en Farmacia, con el objetivo de “rescatar el perfil profesional del auténtico farmacéutico” (CPFEUM, 2005, p. 28). Esta nueva licenciatura, orientada hacia la farmacia comunitaria y hospitalaria, ha comenzado a impartirse en universidades de los estados de Hidalgo, Morelos y Puebla. El reto ahora es abrir espacios de trabajo para estos profesionales en las instituciones de salud y en las farmacias, donde hasta ahora han tenido solamente un papel marginal.

⁶ *Diario Oficial de la Federación* (DOF)



Figura 1.1. Farmacia-supermercado (Morelos)

establecimientos similares (DOF, 1942). Estos reglamentos fueron los primeros intentos modernos de regulación de la dispensación de medicamentos. En 1984, cuando surge la Ley General de Salud, la regulación de las farmacias pasó a ser ámbito de esta ley y de los reglamentos que de ella derivan.

Actual marco regulatorio de las farmacias

El actual marco regulatorio de las farmacias en México está conformado por una diversidad de instrumentos jurídicos y normativos, así como por distintas instancias regulatorias que incluyen:

- 1) Ley General de Salud (LGS, primera publicación: 1984). Es el máximo ordenamiento legal sobre salud en el país. Está fundamentado en la Constitución Política y consta de 18 títulos. El título 12 está dedicado al control sanitario de una amplia variedad de productos y servicios: alimentos, medicamentos, plaguicidas, tabaco, así como establecimientos destinados al proceso de medicamentos, incluyendo las farmacias.

- 2) Reglamento de Insumos para la Salud (RIS, primera publicación: 1993). Es derivado de la LGS y reglamenta el control sanitario de insumos (incluyendo medicamentos) y remedios herbolarios, así como de los establecimientos, actividades y servicios relacionados con los mismos. Hay varios artículos relevantes para la regulación de las farmacias.
- 3) Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud, Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM, primera publicación 1997). La Ley General de Salud señala que todas las farmacias deben poseer y cumplir lo establecido en este documento. La Comisión Permanente de la FEUM lo actualiza cada tres años.
- 4) Normas operativas para farmacias de instituciones públicas de salud. Por ejemplo: Manual de Funcionamiento de Farmacias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Manual de Organización del Sistema Integral de Tien-
das y Farmacias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y Manual de Operaciones de Procedimientos en Farmacias (Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Seguro Popular).

Es importante destacar que existen cerca de 200 Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para diversos productos y servicios relacionados con la salud⁷, pero ninguno de estos instrumentos está dedicado a normar el funcionamiento de las farmacias. Existen otros reglamentos derivados de la Ley General de Salud; sin embargo, estos solamente consideran a las farmacias de forma marginal. Por ejemplo: el Reglamento de Prestación de Servicios de Atención Médica prohíbe al personal que trabaja en farmacias brindar atención médica cuando no sean profesionales médicos⁸ (artículo 44). El Reglamento de la LGS en Materia de Publicidad no hace ninguna referencia directa a las farmacias.

Las funciones de regulación y vigilancia de medicamentos y farmacias correspondían —hasta el año 2000— a la Dirección General de Insumos para la Salud, de la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, Secretaría de Salud (SSa). En el año 2001 se creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Este órgano desconcentrado de la SSa tiene atribuciones de regulación, control y fomento sanitario en relación con numerosos productos, servicios y el medio ambiente. Su ámbito de competencia es por demás ambicioso, ocupándose

⁷ Lista actualizada de normas en: <https://tinyurl.com/4yfyx9dr>. En el Programa Nacional de Normalización de 1999 aparece un proyecto de norma llamado “Instalación y operación profesional de droguerías, boticas y farmacias”, el cual aparentemente no ha llegado a cristalizarse.

⁸ La LGS estipula que los médicos pueden trabajar en ciertas farmacias como responsables sanitarios; por lo tanto, este reglamento —en su actual redacción— parece permitir a los médicos que trabajan en las farmacias brindar atención médica. Sin embargo, el Suplemento de la Farmacopea señala que está prohibido recetar o diagnosticar en las farmacias. Esto es una contradicción en el marco regulatorio en cuanto a la función de los médicos en las farmacias, y refleja asimismo vaguedad entre los límites de la “atención médica” y la “atención farmacéutica” que ellos pueden prestar.

Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos

Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud

Tercera edición



Figura 1.2. Suplemento sobre farmacias de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM).

de más de 200 líneas o programas, tales como alimentos, fertilizantes y calidad del agua de las playas.

La COFEPRIS establece los requisitos y las disposiciones administrativas para la operación de las farmacias y se encarga de su vigilancia y control sanitario, incluyendo la imposición de sanciones. Entre sus funciones también está proponer la política nacional de protección contra riesgos sanitarios, así como su instrumentación en materia de establecimientos de salud, medicamentos y otros insumos para la salud (DOF, 2004b). Acoge asimismo al Programa de Farmacovigilancia y a

la Dirección Ejecutiva de la Comisión Permanente de la Farmacopea (la cual edita el suplemento especial para farmacias). Finalmente, también ha promovido algunos programas relevantes para las farmacias privadas: el programa de recolección de medicamentos caducos; un programa nacional de capacitación para empleados de farmacias⁹; y la creación de *farmacias modelo* (las cuales incluirían la capacitación de todo el personal que trabaja en ellas).

Si bien la COFEPRIS es la principal instancia regulatoria (a nivel federal y estatal, las cuales conforman el Sistema Federal Sanitario), otras unidades administrativas de la SSa son parcialmente relevantes para el funcionamiento de las farmacias: la Unidad de Análisis Económico (encargada de analizar la política de precios de los medicamentos¹⁰ y elaborar propuestas para la regulación del sector farmacéutico, armonizando objetivos de política económica y política de salud); y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (responsable de establecer los lineamientos sobre la calidad de los servicios de atención médica —públicos y privados— y sobre los recursos humanos para la salud (DOF, 2004c). Recientemente, esta Dirección ha emprendido un programa de desarrollo y profesionalización de las farmacias hospitalarias (SSa, 2007a). El Consejo de Salubridad General (CSG) —instancia de rango constitucional para la conducción de políticas de salud, que depende directamente del presidente de la República— es responsable de la elaboración del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, y los Catálogos de Medicamentos Genéricos Intercambiables, uno de los cuales es para uso en las farmacias¹¹. Finalmente, los diferentes subsistemas de aseguramiento en el país (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular) dictan sus propias normas para la operación de sus farmacias.

A continuación, resumimos los contenidos de los principales instrumentos jurídicos y normativos para la regulación de las farmacias en México.

⁹ Información sobre este programa se puede encontrar en <https://www.gob.mx/cofepris>. El estudio de Ciudad Juárez, en el Capítulo 4, presenta algunos resultados de la implementación del programa en esa ciudad.

¹⁰ La Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la SSa, regula la comercialización de medicamentos y fija los precios máximos de venta al público de estos (art. 31, LGS). Sin embargo, en la década de 1990 comenzaron a liberarse los precios de los medicamentos y desde 1996 existe un Sistema de Autorregulación de Precios de los Medicamentos. Desde entonces, el precio de los medicamentos en el sector privado se ha multiplicado seis veces, dejándolo muy por encima del promedio latinoamericano (Molina-Salazar *et al.*, 2008).

¹¹ El término “genérico intercambiable” (GI) se refiere a aquellos medicamentos genéricos que han demostrado bioequivalencia con los medicamentos originales o de referencia y están incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (RIS, art. 75). El término fue acuñado en 1998 por el Gobierno Federal dentro de un programa para fomentar la utilización de estos medicamentos, aunque ha dado lugar a mucha confusión (en la misma regulación, entre los médicos y el público) entre qué es un GI y qué es un genérico no-GI. Es importante señalar que, si bien en México hasta ahora se ha permitido la comercialización de medicamentos genéricos que no han demostrado bioequivalencia, cambios recientes en la legislación señalan que, para el año 2010, solo se comercializarán genéricos bioequivalentes; así, se eliminará el término GI y solo se utilizará “genérico”.

Ley General de Salud (DOF, 1984)

Lo concerniente a medicamentos y farmacias se legisla en el título 12 de la LGS. El artículo 226 clasifica a los medicamentos en seis grupos y establece tres formas en las cuales pueden ser vendidos (ver Cuadro 1.1): los medicamentos de libre venta; los medicamentos que para su venta requieren prescripción médica (la cual no se retiene ni caduca, permitiendo que el consumidor la pueda reutilizar tantas veces como quiera); y los medicamentos controlados (estupefacientes y psicotrópicos) que requieren permisos y procedimientos específicos para su venta, incluyendo retención de la receta y registro de la misma en libros oficiales. La LGS señala que la SSa determinará los medicamentos que integren cada grupo. Sin embargo, salvo lo concerniente a los medicamentos controlados, no hay información públicamente accesible sobre la integración de dichos grupos.

Es importante mencionar que como una medida (muy cuestionable) para evitar la autoprescripción, solamente se permite que los medicamentos de libre venta tengan insertos prospectos informativos para los pacientes. Dado que en el país tampoco hay un Formulario Nacional que posea información independiente sobre

Cuadro 1.1. Clasificación de los medicamentos en la Ley General de Salud de acuerdo a su forma de venta y suministro al público

Forma de acceso	Grupo	Agrupación según artículo 226	Ejemplos
Controlados	I	Estupefacientes. Medicamentos que solo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud.	Analgésicos opioides: morfina, metadona; codeína.
Controlados	II	Sustancias psicotrópicas. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control.	Barbitúricos, benzodiacepinas, algunos medicamentos con pseudoefedrina.
Controlados	III	Sustancias psicotrópicas. Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que podrá surtirse hasta tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control, y retenerse en la tercera ocasión.	Antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos.
Con receta médica	IV	Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos (fijos) que no sean farmacias.	Antibióticos, antihipertensivos, antiglucemiantes, hormonas, inyectables
Libre acceso*	V	Medicamentos sin receta, autorizados para su venta exclusivamente en farmacias.	Vitamínicos, ciertos analgésicos, medicamentos para tos y resfrío, antiácidos, algunos antiparasitarios
Libre acceso*	VI	Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos (fijos) que no sean farmacias.	

*No hay información oficial públicamente disponible que permita distinguir los medicamentos que integran cada uno de estos grupos. De hecho, todos los medicamentos de libre acceso en un formulario comercial (PLM) aparecen registrados ante la SSa como grupo VI, lo cual da lugar a que puedan ser vendidos fuera de las farmacias.

Fuente: Elaboración propia, basada en el artículo 226 de la Ley General de Salud.

los medicamentos, los pacientes que consumen medicamentos que requieren receta médica tienen poca información disponible sobre los mismos.

Si bien la venta de medicamentos controlados ha sido y es objeto de una estricta supervisión¹², la regulación de la venta de medicamentos que requieren prescripción generalmente no se la hace cumplir. La principal razón que se ha argumentado para permitir la venta sin receta de medicamentos del grupo IV (ver Cuadro 1.1) es agilizar el acceso a los medicamentos a los sectores más pobres de la población, los cuales —se discute— no pueden pagar una consulta médica (SSa-COFEPRIS, 2005, p. 79). Estudios recientes han mostrado que entre 43% y 59% de los medicamentos que requieren receta médica son vendidos sin este requisito¹³ (Altagracia *et al.*, 2003; Wirtz *et al.*, 2009). Evidentemente, se ha priorizado el acceso a los medicamentos sobre su uso racional y sobre la seguridad de los pacientes.

El capítulo VII del título 12 de la Ley General de Salud se refiere a los establecimientos destinados al proceso de medicamentos (fábricas, laboratorios, almacenes y establecimientos para el expendio de medicamentos). El artículo 257 clasifica estos últimos en tres tipos de establecimientos dependiendo de los productos ofrecidos: en las boticas solo se venden especialidades farmacéuticas; en las droguerías además se expenden preparaciones magistrales; y en las farmacias se venden también productos de belleza y aseo (Cuadro 1.2). Esta clasificación continúa siendo muy similar a la utilizada en los documentos regulatorios del siglo XX y en la primera versión de la LGS (1984). Sin embargo, esta clasificación oficial es realmente obsoleta, pues no se utiliza en la vida cotidiana, y no refleja la gran diversidad de tipos de farmacias que existen actualmente en el país. Hay iniciativas recientes de simplificar esta clasificación utilizando solo el término farmacia (eliminando así las figuras de botica y droguería) para todos los establecimientos dedicados a la venta de medicamentos, como algunos documentos oficiales han empezado a hacerlo (CPFEUM, 2005; SSa-COFEPRIS, 2005).

La Ley General de Salud de 1984 planteaba que todos los establecimientos destinados al proceso y venta de medicamentos requerían hacer trámites para obtener una autorización (licencia) sanitaria, y además deberían contar con la presencia de un profesional de la salud como responsable sanitario ante la ley. Sin embargo, como parte de las reformas de simplificación administrativa y “modernización del sistema sanitario” de la década de 1990 (Juan, 1991) el requisito del trámite de licencia sanitaria fue eliminado para la mayoría de los establecimientos. Además, siguiendo las tendencias de descentralización en esa década, las funciones de control y vigilancia

¹² El conjunto de acciones para asegurar el cumplimiento de la Ley y los reglamentos en materia de insumos para la salud (tales como las visitas de verificación a farmacias) forman parte de la *vigilancia sanitaria* y el *control sanitario*. Las visitas de verificación en farmacias se enfocan primordialmente a supervisar las condiciones físicas de las farmacias, así como el almacenaje, registro y venta de los medicamentos controlados (grupos I a III).

¹³ Sin embargo, dado que la receta médica no se retiene y tampoco se solicita identificación a quien la presente en las farmacias, probablemente esta sea reutilizada por el mismo paciente o por otras personas para comprar un medicamento.

Cuadro 1.2. Clasificación de los establecimientos destinados al expendio de medicamentos según el artículo 257 de la Ley General de Salud.

Tipo de establecimiento	Características del establecimiento
Droguería	El establecimiento que se dedica a la preparación y expendio de medicamentos magistrales y oficinales, además de la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos y otros insumos para la salud.
Botica	El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos o demás insumos para la salud.
Farmacia	El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general y productos de perfumería, belleza y aseo.
Tipo de establecimiento	Clasificación de acuerdo a los requisitos para su funcionamiento (artículo 260 de la LGS y Suplemento de la Farmacopea)
Establecimiento con licencia sanitaria	Establecimientos que expenden medicamentos que contienen estupefacientes y psicotrópicos; y/o expenden medicamentos de origen biológico (vacunas, toxoides, sueros y antitoxinas de origen animal y hemoderivados); y/o preparan medicamentos magistrales/oficinales. Requieren un responsable sanitario ante la ley con título profesional, ya sea de farmacéutico, químico-fármaco-biólogo (QFB) u otra carrera afín. En el caso de las droguerías (que preparan medicamentos magistrales) el responsable también puede ser un médico. Poseen libros de control para cada grupo de medicamentos controlados (I, II y III), y un libro para el registro de recetas magistrales/oficinales.
Establecimiento con aviso de funcionamiento	Establecimientos que no expenden medicamentos controlados ni de origen biológico; no preparan medicamentos magistrales/oficinales. No requieren que el responsable sanitario tenga título profesional; el propietario del establecimiento es el responsable ante las autoridades de salud.

Fuente: Elaboración propia basada en los artículos 257 y 260 de la Ley General de Salud y el Suplemento de Farmacopea.

de las farmacias se desconcentraron y trasladaron a los estados (DOF, 1994), lo cual continúa hasta ahora, pero con una normatividad centralizada¹⁴.

¹⁴ Si bien se trasladaron estas responsabilidades a los estados, la desconcentración no se hizo efectiva sino hasta el año 2001, con la creación del Sistema Federal Sanitario. Respecto a los mecanismos y cambios regulatorios desarrollados para instrumentar estas nuevas responsabilidades, ha sucedido algo parecido con la descentralización de los servicios de salud: se transfirieron responsabilidades de carácter operativo con escasos cambios normativos a nivel estatal. Así, ahora son las representaciones estatales de la COFEPRIS las encargadas de regular las farmacias, pero siguiendo los reglamentos federales; también instrumentan algunos programas en coordinación con la COFEPRIS central (por ejemplo, capacitación de empleados). Se desconoce el impacto efectivo que ha tenido la descentralización en las funciones de vigilancia y control de las farmacias.

La legislación actual (art. 260) dicta que la obtención de una licencia sanitaria (tramitada ante la representación estatal de la COFEPRIS) y la presencia de un profesional de la salud (farmacéutico, químico-farmacéutico-biólogo o carrera afín) son obligatorios solo para los establecimientos que: expendan medicamentos controlados; expendan productos biológicos (vacunas, sueros y hemoderivados); o preparen y expendan medicamentos magistrales (en este caso el responsable también puede ser un médico). Los establecimientos que no expendan estos medicamentos solo requieren dar “aviso de funcionamiento” a la representación de la COFEPRIS en el estado. En estas farmacias, el responsable de su funcionamiento ante la Ley es el propietario del establecimiento (quien no está obligado a tener algún grado académico).

Las farmacias con aviso de funcionamiento representan dos tercios de todas las farmacias en el país, aunque esta proporción varía entre los estados (SSa-COFEPRIS, 2005, p. 76). Escapan de la actual regulación aquellos establecimientos comerciales (como tiendas de abarrotes) que venden medicamentos del grupo VI (ver Cuadro 1.1), y que se ha permitido que se llamen *farmacias* (ver Figura 1.1). El artículo 258 de la Ley General de Salud indica que las droguerías, farmacias y boticas deberán poseer y cumplir con lo establecido en los suplementos de la Farmacopea relativos a la venta de medicamentos, la cual describimos más adelante.

La legislación sobre medicamentos y farmacias está fuertemente cargada hacia los estupefacientes y psicotrópicos, por considerarse que representan un problema de salud pública. Mientras hay 23 artículos de la Ley General de Salud dedicados a estupefacientes y psicotrópicos, solo hay 14 dedicados al resto de los medicamentos y cinco consagrados a los establecimientos donde se procesan y expenden medicamentos, entre ellos las farmacias.

Finalmente, en el título 13 la LGS considera la publicidad sobre insumos para la salud, el tabaco y las bebidas alcohólicas. Sobre la publicidad de medicamentos (art. 310), se establece la diferencia entre la dirigida a los profesionales de la salud y la dirigida a la población en general, la cual solo puede ser sobre medicamentos de libre venta y plantas medicinales. En las farmacias, la única referencia específica a la publicidad es la prohibición de anuncios de tabaco en estos establecimientos (art. 309 bis).

Reglamento de Insumos para la Salud (DOF, 1998)

Este documento derivado de la Ley General de Salud regula el control sanitario de los insumos y remedios herbolarios, así como de los establecimientos, actividades y servicios relacionados con los mismos. Dedicó capítulos separados para los medicamentos controlados, los vitamínicos, homeopáticos, genéricos, y otros. Incluye varios artículos relevantes para la regulación de las farmacias.

El artículo 31 prohíbe la sustitución entre productos: es decir, si en la receta se expresa cierta marca o denominación distintiva del medicamento (protegido o no por patente) en las farmacias la venta debe ajustarse precisamente a esa denominación (y no puede ofrecerse como opción otra marca o un medicamento genérico).

Sin embargo, las farmacias están obligadas (art. 78) a poseer un catálogo de medicamentos genéricos intercambiables (GI)¹⁵. Los clientes de las farmacias pueden consultar este catálogo para seleccionar el medicamento de su preferencia, siempre y cuando en la receta el médico haya escrito solamente la “denominación genérica”¹⁶ (nombre de la sustancia activa). El catálogo también podría utilizarse para seleccionar medicamentos genéricos intercambiables de libre venta; no obstante, esto no lo señala el Reglamento de Insumos para la Salud (RIS). Aunque el RIS señala las sanciones respectivas, en la práctica la sustitución de productos es frecuente, en parte debido a que en las farmacias —excepto para los medicamentos controlados (ver Cuadro 1.1)— no se solicita la receta como condición para vender los medicamentos (González-Pier & González-Hernández, 2004).

Los artículos 33 y 35 prohíben la venta sin receta médica de aquellos medicamentos que no sean de libre venta. El artículo 114 establece los requisitos de infraestructura de la farmacia, por ejemplo, mantener los medicamentos de los grupos I a IV fuera del alcance de los consumidores; y que las farmacias que se encuentran dentro de las tiendas de autoservicio deben estar alejadas de bebidas alcohólicas y productos perecederos.

El artículo 124 del RIS lista las obligaciones de los responsables sanitarios en los establecimientos, que incluyen: supervisar el adecuado almacenamiento de los medicamentos; estar presentes en las visitas de verificación; analizar la receta médica y en caso necesario solicitar aclaración; verificar los libros de control (si se expenden medicamentos controlados); y preparar fórmulas magistrales (en el caso de las droguerías). Entre las obligaciones del responsable sanitario no figura proveer información a los consumidores sobre los medicamentos. El artículo 127 establece que los establecimientos determinarán autónomamente los horarios en los cuales los responsables deben estar presentes. De esta forma, mientras algunos responsables prestan sus servicios durante algunas horas al día, otros lo hacen solamente dos o tres horas a la semana. Un letrero visible para el público en la farmacia define el horario de la presencia del responsable sanitario.

En los establecimientos que comercializan remedios herbolarios, el responsable ante la ley puede ser el mismo dueño del establecimiento, el cual no requiere ser un profesional. Dichos establecimientos también son objeto de la vigilancia sanitaria.

¹⁵ *Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para Farmacias y Público en General*. Es actualizado y publicado periódicamente por el Consejo de Salubridad General. En el catálogo aparece una lista de medicamentos GI, ordenados alfabéticamente de acuerdo a la sustancia activa.

¹⁶ Es importante hacer notar que la regulación omite a veces utilizar terminología internacional, por ejemplo, utiliza el término “denominación genérica”, en lugar de “denominación común internacional”. Además, falta coherencia entre los términos utilizados en los diversos instrumentos regulatorios: mientras el RIS prohíbe la sustitución de medicamentos recetados en *denominación distintiva* por cualquier otro medicamento, el *Suplemento de la Farmacopea* dicta que está prohibido sustituir *medicamentos de patente* por GI (p. 210), dando cabida a la sustitución de una marca por otra. Todo lo cual ocasiona problemas en la instrumentación de las regulaciones.

El Reglamento de Insumos para la Salud establece las sanciones económicas a las cuales serán sujetas las farmacias que infrinjan las disposiciones contenidas en estos artículos. Las multas oscilan entre mil y diez mil días del salario mínimo general¹⁷ (capítulo III del RIS). Corresponde a las representaciones estatales de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios hacer cumplir lo dispuesto en el RIS y dictar sanciones. No obstante, salvo lo concerniente a la venta de medicamentos controlados¹⁸, son pocas las regulaciones de las farmacias que se hacen cumplir.

En el portal de Internet de la COFEPRIS, así como en los medios de comunicación, cada tanto aparecen comunicados exponiendo la clausura de farmacias debido a la venta ilegal de muestras médicas y medicamentos controlados, caducos o falsificados. No hay información públicamente disponible que exponga cuáles son los establecimientos que han infringido la regulación o han sido objeto de sanciones; sin embargo, de acuerdo con algunas entrevistas con representantes estatales de la COFEPRIS, pueden pasar varios años sin que se clausure una farmacia.

Suplemento de la Farmacopea (CPFEUM, 2005)

Siguiendo lo indicado en la Ley General de Salud, las farmacias en México también están reguladas por este documento, elaborado por el Comité de Farmacias perteneciente a la Comisión Permanente de la Farmacopea¹⁹. El Suplemento menciona como su propósito mejorar el servicio que proporcionan las farmacias y pretende contribuir así con las recomendaciones en materia farmacéutica expresadas por la OMS y la OPS (CPFEUM, 2005, p. 2). En las primeras páginas, el documento advierte:

Este libro fue preparado para apoyar las actividades integrales propias de los establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud y no deberá usarse para fomentar la automedicación por los riesgos a la salud que esto provoca, ni tampoco para que personas no autorizadas por la ley prescriban medicamentos. Solo los profesionales farmacéuticos podrán recomendar o sugerir medicamentos de libre venta, de lo contrario, quienes realicen estas acciones se pueden involucrar en daños

¹⁷ En enero del 2009, un salario mínimo diario en la Ciudad de México era de 54,8 pesos mexicanos, que equivale a 3,91 dólares estadounidenses. Las multas oscilaban entonces entre 3.910 y 39.100 dólares.

¹⁸ No obstante, en el estudio realizado en Ciudad Juárez (ver Capítulo 3) se observó que en algunas farmacias se vendían medicamentos controlados esquivando la regulación.

¹⁹ La Comisión permanente de la FEUM está integrada por la COFEPRIS y diversos representantes de la SSA, asociaciones profesionales y universidades. La Comisión está organizada en varios comités, incluido el comité responsable de las farmacias. La primera publicación del *Suplemento* dedicado a las farmacias apareció en 1997 con el nombre de *Suplemento para Farmacias, Droguerías, Boticas y Almacenes de Depósito*. La segunda edición se publicó en el año 2000.

a la salud u homicidio imprudencial. La usurpación de profesiones también está penada por la Ley (CPFEUM, 2005, p. XXI).

Mensajes similares aparecen repetidamente a lo largo del documento, enfatizando la diferencia entre las funciones de los empleados no profesionales —quienes solo surten medicamentos— y los profesionales farmacéuticos²⁰, quienes dispensan medicamentos, prestan un servicio profesional farmacéutico y brindan un consejo farmacéutico a los pacientes en relación al uso racional de los medicamentos. El documento dictamina, asimismo, que los medicamentos de los grupos I a V deben ser dispensados por profesionales farmacéuticos o surtidos por personal auxiliar bajo supervisión del Responsable Sanitario. Sin embargo, el documento no hace propuestas concretas sobre cómo orientar a los pacientes sobre el uso de sus medicamentos o cómo dispensar medicamentos de los grupos I a V en aquellas farmacias —la mayoría en el país— que no cuentan con responsables sanitarios o personal profesional de tiempo completo.

En cuanto al personal no profesional, también llamado personal de apoyo o auxiliar, el Suplemento establece que debe tener un nivel de escolaridad mínimo de secundaria²¹, pero no menciona la necesidad de que haya participado en cursos de capacitación para trabajar en farmacias. El texto subraya que estas personas no deben sugerir medicamentos de libre venta a los clientes, ni proporcionarles información acerca de su uso o indicaciones; su labor debe limitarse estrictamente a reiterar la información contenida en la etiqueta del medicamento o en la receta médica (CPFEUM, 2005, pp. 43, 111).

El Suplemento de la Farmacopea también señala diversas prohibiciones en el funcionamiento de las farmacias (p. 210): recetar o diagnosticar; vender medicamentos que requieren receta sin contar con esta; y sustituir medicamentos de marca por medicamentos genéricos sin autorización del médico. Asimismo, no se autoriza la venta de productos nocivos para la salud, incluyendo tabaco y bebidas alcohólicas. Tampoco se permite la venta de productos perecederos, por lo cual, en las tiendas de autoservicio, dichos productos deberán estar separados de la farmacia por lo menos diez metros. Sin embargo, no es raro encontrar establecimientos que venden

²⁰ El Suplemento señala que los profesionales farmacéuticos utilicen bata blanca o uniforme color claro; sin embargo, es muy común que en las farmacias todo el personal porte batas, haciendo muy difícil para los clientes distinguir quién es farmacéutico y quién no lo es. Es importante subrayar asimismo que los términos “profesional farmacéutico” y “personal de apoyo o auxiliar” no aparecen en la LGS ni en el RIS.

²¹ Esto abarca seis años de educación primaria o elemental, más tres años de educación secundaria. Un estudio sobre farmacias privadas realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública durante el 2006 en el estado de Morelos encontró que, si bien la mayoría de los empleados cumplían con el nivel de escolaridad requerido, alrededor del 5% solo tenían algún grado de educación primaria (ver Capítulo 2 sobre organización de farmacias en México). El estudio realizado en Ciudad Juárez (Capítulo 4) también demuestra que no todos los empleados cumplen con el nivel educativo mínimo requerido.

medicamentos, tabaco y bebidas alcohólicas. Aunque estos establecimientos proclaman ser *farmacias* (ver Figura 1.1.), en realidad no se sabe si legalmente están registradas como tales, o bien son establecimientos comerciales que adicionalmente venden medicamentos. Por otro lado, en algunas regiones del país están ganando impulso las *farmacias de abarrotes* y las *superfarmacias*, las cuales ofrecen, adicionalmente al servicio de farmacia, venta de abarrotes diversos como verduras, enlatados, carnes frías, refrescos y pan las 24 horas del día²². Dado que estos son establecimientos grandes, probablemente operen siguiendo las regulaciones para farmacias dentro de tiendas de autoservicio.

Otra de las prohibiciones indicadas en el Suplemento es que las farmacias tengan comunicación directa (por medio de ventanas, puertas o pasillos) con cualquier establecimiento dedicado a otra actividad, incluyendo consultorios médicos. No obstante, hay una tendencia creciente en ciertas farmacias orientadas a la venta de productos genéricos de incluir —dentro de los mismos establecimientos— consultorios médicos. Sin embargo, estos consultorios médicos suelen estar separados de las farmacias por una pared, lo cual parece ser suficiente para cumplir con el reglamento.

El documento también tiene apartados sobre farmacovigilancia, medicamentos falsificados, medicamentos genéricos y disposición de medicamentos caducos y dañados. Incluye asimismo un apartado sobre pedidos de medicamentos vía telefónica, por Internet y el servicio de entrega a domicilio; estas modalidades de venta de medicamentos están prohibidas para medicamentos controlados; y en el caso de aquellos medicamentos que requieran receta, esta debe exigirse al entregarse el medicamento. Aunque no existe información disponible respecto al cumplimiento de exigir la receta médica en las entregas a domicilio, es de suponerse que es bajo, igual como sucede con las compras directamente en las farmacias.

Finalmente, el Suplemento de la Farmacopea señala los procedimientos de verificación sanitaria a los cuales están sujetas las farmacias. Presenta un listado de verificación, orientado principalmente a las condiciones físicas del establecimiento, el almacenamiento de los medicamentos y el registro de los medicamentos controlados. Sin embargo, no se señalan los procedimientos para vigilar y controlar la interacción del personal con los clientes, por ejemplo, respecto a exigir la receta médica. Tampoco hace referencia a la capacitación de los empleados no profesionales de las farmacias.

Las farmacias y las políticas farmacéuticas y de salud

La regulación ocurre dentro de un contexto más amplio determinado por las políticas farmacéuticas y de salud en el país. Para entender los cambios recientes en la regulación de las farmacias y las tendencias para el futuro, a continuación,

²² Ver, por ejemplo, el concepto de SuperFarmacia del Corporativo Fragua

analizamos los principales objetivos de las políticas farmacéuticas y de salud en México en las últimas dos administraciones presidenciales.

En el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006 (SSa, 2001b) del gobierno del presidente Vicente Fox se expresó la preocupación por el acceso y el uso inadecuado de medicamentos. Se discutió el desabasto de estos insumos en las instituciones para la población asegurada, el elevado gasto de bolsillo en el cual incurría la población sin seguridad social al comprar medicamentos en farmacias privadas y en farmacias de servicios de salud de la Secretaría de Salud (p. 66), así como los problemas de prescripción injustificada y de automedicación (p. 136). Al respecto, el PRONASA 2001 propuso, como una sus líneas de acción, reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos, responsabilizando al Consejo de Salubridad General para el cumplimiento de la misma. Para ello, se plantearon numerosas actividades, que incluyen: el mejoramiento de los sistemas de abasto para los servicios públicos de salud; la concertación de acciones con los distribuidores de medicamentos y con las farmacias privadas para asegurar el abasto de medicamentos esenciales; la promoción del consumo de medicamentos genéricos intercambiables²³ (GI); el fortalecimiento de la vigilancia y control de los expendios de medicamentos; y la capacitación del personal de las farmacias sobre el uso racional de medicamentos (p. 132).

Si bien hubo un estrecho monitoreo del nivel de abasto de medicamentos en los servicios públicos de salud, lo cual se planteó como una “prioridad presidencial” (SSa, 2003), se prestó menos atención al seguimiento de las otras actividades. De hecho, para evaluar el resto de las actividades de la línea de acción solamente se propusieron dos metas: 1) el aumento en el consumo de medicamentos GI (para lo cual se estableció un acuerdo determinando que todas las instituciones públicas del sistema nacional de salud compren medicamentos GI); y 2) cambios legislativos para incluir el requisito de pruebas de intercambiabilidad para el registro de medicamentos (SSa, 2001, p. 44). Es decir, no está claro cuáles fueron las estrategias implantadas ni los resultados obtenidos respecto al resto de las propuestas que atañen a las farmacias (mejoramiento del abasto en farmacias privadas; fortalecimiento del control y vigilancia de las farmacias; capacitación del personal que en ellas trabaja sobre el uso racional de medicamentos).

Durante el sexenio 2001-2006 la principal política de salud promovida por el poder ejecutivo fue la conformación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo primordial brazo de acción es el Seguro Popular (SP), programa dirigido a la población no asegurada de México. Si bien la idea del SPSS llevaba varios años en el país (como parte de una propuesta que incluía una mayor participación del sector privado de la salud), un argumento que se utilizó ampliamente para impulsar

²³ El PRONASA señala como una acción para fomentar el consumo de GI promover “su inclusión en las guías de prescripción actualmente disponibles en farmacias” (p. 132). No obstante, es difícil saber a qué guías se refiere. Significativamente, el Programa no señala ningún cambio regulatorio dirigido a permitir la sustitución por productos genéricos en las farmacias, lo cual podría promover su consumo.

el desarrollo del Seguro Popular fue el elevado gasto de bolsillo en medicamentos que afectaba desproporcionadamente a los sectores más pobres del país (Nigenda *et al.*, 2003). De esta forma, el tema del abasto de medicamentos llegó rápidamente a lo más alto en la agenda política. Una nueva sección introducida en la LGS en lo referente a la protección social en salud establece que el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios médico-quirúrgicos y farmacéuticos²⁴ (artículo 77 bis). Derivado de esta prioridad, surgieron dos documentos que son relevantes para la regulación de las farmacias en México: la propuesta de política farmacéutica nacional, llamada *Hacia una Política Farmacéutica Integral para México* (SSa-COFEPRIS, 2005) y la *Política de Medicamentos del Sistema de Protección Social en Salud* (SSa, 2006).

Hacia una Política Farmacéutica Integral para México

La publicación de esta propuesta de política farmacéutica por parte de la Secretaría de Salud y la COFEPRIS en el 2005 marcó un hito en la historia de México, pues hasta ese entonces no había habido un esfuerzo concreto para desarrollar un documento explícito de política nacional de medicamentos. El documento señala como sus principales objetivos lograr: 1) seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos; 2) disponibilidad y acceso a los medicamentos; 3) innovación y competitividad de la industria farmacéutica.

Hay una sección del documento dedicada a cada uno de los objetivos. Es interesante notar que esta propuesta no incluye el uso racional de los medicamentos como un objetivo de la misma, en clara discrepancia con lo propuesto por la OMS (Leyva Flores *et al.*, 2006). Así, confusamente, los temas de farmacias y dispensación no se discuten en el documento como parte de las estrategias para mejorar el acceso o el uso racional de los medicamentos, sino como parte del objetivo de lograr la seguridad y eficacia de los medicamentos.

La regulación y funcionamiento de las farmacias se abordan en la primera sección, en el capítulo “La seguridad en la dispensación de medicamentos”. Este capítulo hace hincapié en la necesidad de profesionalizar las farmacias, exponiendo que en aquel momento solo alrededor de un tercio de las farmacias en México contaba con un profesional para dispensar los medicamentos. En el texto, se describen dos corrientes encontradas respecto a la profesionalización de las farmacias en México (p. 76). De un lado están quienes apoyan que todas las farmacias cuenten con un profesional farmacéutico para que participen más activamente en los procesos de atención a la salud y la promoción del uso racional de medicamentos, como sucede en muchos países desarrollados. En el otro lado están quienes afirman que no es necesario o posible profesionalizar todas las farmacias, especialmente para

²⁴ La LGS no define qué son los servicios farmacéuticos, aunque muy probablemente solo se refiere al acceso a medicamentos.

aquellas pequeñas que no tienen condiciones económicas para pagar un profesional farmacéutico, y porque el número de egresados de profesionales farmacéuticos no es suficiente para cubrir todas las farmacias del país. Reconociendo las dificultades de profesionalizar las farmacias a corto plazo, el documento sugiere que esta deberá promoverse primordialmente en las farmacias hospitalarias, pues su impacto en la salud y en la economía es mayor²⁵ (p. 78). Es importante notar que para las farmacias comunitarias el documento no considera un punto intermedio entre la situación actual (con personal escasamente capacitado) y la situación ideal en el futuro (todas las farmacias con profesionales farmacéuticos). Este punto intermedio podría ser, por ejemplo, contar con personal capacitado a nivel técnico.

Para cumplir con el objetivo general de “reglamentar la dispensación con una perspectiva de seguridad y eficacia” (p. 80), el capítulo presenta las siguientes estrategias: revisar la normatividad referente a las farmacias (incluyendo eliminar las figuras de botica y droguería en la LGS); coordinar con las autoridades sanitarias estatales acciones progresivas para que las farmacias comunitarias cuenten con un profesional del área farmacéutica o médicos²⁶; comprometer a las farmacias en la promoción de la salud, y exigir la receta médica para todos los medicamentos que no son de venta libre. Excepto para esta última estrategia, se plantean indicadores y metas que deberían alcanzarse en el año 2006. Sin embargo, no se plantean las actividades, las líneas de acción específicas o las responsabilidades para instrumentar dichas estrategias. Así, hasta ahora —casi cuatro años después de la publicación de este documento— las estrategias propuestas siguen en el aire y no ha habido ningún cambio relevante en la legislación y normatividad de las farmacias. No hay información sobre programas o mecanismos que se hayan instrumentado para insertar profesionales de la salud en las farmacias comunitarias, ni para que estas emprendan acciones de promoción de la salud. Otra línea de acción que se propone en el documento es derogar de la clasificación de medicamentos los grupos III y VI, ya que en la práctica resultan innecesarias; hasta ahora, esta propuesta no se ha reflejado en cambios en los instrumentos jurídicos o normativos.

Este capítulo de la propuesta de política farmacéutica reconoce la importancia de exigir la receta médica en la dispensación de medicamentos del grupo IV. Al respecto, propone que conforme avance la cobertura del Seguro Popular, será más factible hacer cumplir esta regulación a mediano plazo. Esto, porque ya no se podrá usar la falta de acceso a los servicios médicos como una excusa para no exigir la receta; y porque los mismos requisitos administrativos del SP obligarán a exigir las recetas en las farmacias privadas. Así, el documento propone como meta la solicitud de recetas médicas en el 100% de las ventas para el año 2010, en aquellas regiones con cobertura universal del SP. Sin embargo, esta propuesta enfrenta algunos problemas: la cobertura del Seguro Popular está siendo más lenta que lo estimado y, además, el

²⁵ Fue hasta el siguiente sexenio que se comenzó a trabajar en el programa de farmacias hospitalarias.

²⁶ Una vez más, no se aclara cuál sería el rol de los médicos en las farmacias.

surtimiento de recetas en el SP dista mucho aún de ser completa (Garrido-Latorre *et al.*, 2008). Por otro lado, a la fecha no hay información sobre el desarrollo de programas o mecanismos para que las autoridades sanitarias estatales hagan cumplir la regulación de exigir la receta médica, ni sobre qué estrategias se utilizarán para evitar que una misma receta pueda surtir varias veces.

Finalmente, vale la pena notar que hay mucha confusión entre los diversos actores sociales sobre cuál es la función de esta propuesta de política farmacéutica: mientras para algunos es un solo un documento de posicionamiento, para otros se trata de la política oficial de medicamentos del país²⁷.

Política de medicamentos del Sistema de Protección Social en Salud

Esta política surge para dar respuesta a dos retos importantes que significan la instrumentación del Seguro Popular: 1) garantizar la disponibilidad y el acceso al 100% de los medicamentos incluidos en su catálogo; 2) contener el gasto público limitando la prescripción a los medicamentos de dicho catálogo. Respecto al primer reto, la política plantea una estrategia inédita en México: que las recetas de este sistema de aseguramiento público puedan ser surtidas sin pago directo en las farmacias privadas (subrogación de servicios). De esta forma, las farmacias privadas fueron colocadas en la mira de los tomadores de decisiones y se sugirieron una serie de líneas de acción dirigidas a mejorar el servicio que prestan. Entre ellas están: vigilar que en las farmacias vinculadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se exija receta médica y la profesionalización de la dispensación (i.e. que haya profesionales farmacéuticos) en farmacias privadas y farmacias hospitalarias que presten servicios a los afiliados al SPSS. Se pretende además que dichas farmacias siempre tengan disponibles los medicamentos del catálogo del SPSS, cuenten con guardias nocturnas que favorezcan el acceso las 24 horas del día y que los pacientes reciban junto con sus medicamentos información sobre su uso adecuado. Se señala a los regímenes estatales del SPSS como los responsables del cumplimiento de estas líneas de acción.

²⁷ Entrevistas realizadas por investigadores del INSP a funcionarios de la Secretaría de Salud y a miembros de organizaciones de la sociedad civil, organizaciones profesionales y asociaciones industriales y comerciales farmacéuticas durante el período 2006 a 2008. Este es un ejemplo de la confusión sobre cuál es la política de medicamentos en México: la *política de medicamentos del SPSS* plantea, entre sus objetivos, fomentar y complementar la *política farmacéutica de la Secretaría de Salud* enunciada en el documento *Hacia una política ...* (SSa, 2006, p. 9). Por otro lado, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 señala como una de sus líneas de acción *diseñar e instrumentar una política nacional de medicamentos*; la COFEPRIS instrumenta actualmente un *programa* llamado Política Nacional de Medicamentos; y en el 2007, representantes de los sectores público y privado de la salud suscribieron el “Compromiso para establecer una *política* nacional para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos”.

Si bien las evaluaciones hechas al Seguro Popular han enfatizado el nivel de surtido de las recetas, no se sabe con certeza cuál ha sido el rol de las farmacias privadas para cumplir con ello. De hecho, ha habido pocos intentos de implementar el modelo de subrogación de servicios a farmacias privadas, con la excepción de los estados de Querétaro, Jalisco y Tamaulipas, aunque no hay documentos disponibles que expongan su experiencia en la implantación de este modelo. Al parecer, la complejidad de la contratación y supervisión de los servicios prestados por estas farmacias es uno de los factores que han dificultado la implementación del modelo en los estados. Así, hasta ahora el surtido de la gran mayoría de las recetas para afiliados de Seguro Popular ocurre dentro de los mismos servicios públicos de salud.

El actual Programa Nacional de Salud (SSa, 2007b) continúa más o menos en la misma línea que el programa anterior. Entre sus estrategias, hay dos que son relevantes para la regulación y organización de las farmacias del país. Se propone la estrategia de fortalecimiento de la protección contra riesgos sanitarios, que incluye campañas sobre automedicación y el fortalecimiento de la vigilancia en las farmacias a fin de que los medicamentos que requieran receta médica solo se dispensen ante su presentación. Sin embargo, no hay documentos públicos que expongan el grado de avance en estas acciones; hasta ahora no hay evidencia de que se haya emprendido alguna campaña nacional sobre automedicación, ni que se estén instrumentando acciones para hacer cumplir la exigencia de la receta. Por otro lado, dentro de la estrategia de calidad de los servicios de salud, se propone favorecer el uso racional de medicamentos y crear unidades de farmacia clínica intrahospitalarias. Actualmente, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud coordina el Programa de Uso Racional de Medicamentos, el cual está dirigiendo sus esfuerzos actuales a la reestructuración de las farmacias intrahospitalarias²⁸ (SSa, 2007a).

Desde 2001 hasta el presente ha habido una intensa actividad legislativa sobre medicamentos, que han llevado a cambios en la Ley General de Salud y el Reglamento de Insumos para la Salud, destacándose: la limitación de la vigencia del registro de medicamentos a cinco años; control y sanciones relacionados con el comercio de medicamentos *milagro*, medicamentos falsificados y muestras médicas²⁹; y la eliminación del requisito de planta para la importación de algunos tipos de medicamentos. Sin embargo, no ocurrieron cambios importantes en cuanto a las farmacias,

²⁸ Se propone que las farmacias superen sus funciones tradicionales de almacenamiento y surtido de medicamentos y sirvan ahora como un apoyo al trabajo de los médicos y las enfermeras, así como de la educación de los usuarios. Y también, adscribir las farmacias de los hospitales públicos a los servicios médicos, integrar al farmacéutico al equipo de salud e implantar sistemas de distribución de medicamentos en dosis unitarias.

²⁹ Esto podría deberse a que la calidad de los medicamentos, además de ser un interés del sector salud para proteger la salud de la población, también es un interés de las grandes compañías farmacéuticas, las cuales enfrentan pérdidas con la comercialización, por ejemplo, de medicamentos falsificados o muestras médicas. La Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica es un órgano consultor del poder legislativo, y puede fácilmente defender sus intereses en el seno del Congreso de la Unión.

con la excepción de la restricción para la publicidad y la venta de tabaco (ver más adelante), la cual en realidad se propuso en el marco de la discusión sobre el tabaquismo y no sobre la regulación de las farmacias. Es decir que, aunque la calidad y el acceso a los medicamentos ocuparon espacios altos en la agenda pública, el rol de las farmacias en el acceso y en el uso racional de los medicamentos quedó al margen.

El caso de la publicidad y la venta de tabaco en farmacias

La prohibición de la venta de tabaco en farmacias desató un largo proceso jurídico que fue seguido por los medios de comunicación durante varios meses. Como parte de una serie de reformas para actuar sobre el problema del tabaquismo en México, en el 2004 se anunció la prohibición de la publicidad y la venta de tabaco en farmacias (DOF, 2004a). Consecuentemente, en el 2005 se propuso un cambio en la LGS, adicionándose al artículo 277 (respecto a los límites en el consumo de tabaco) el siguiente párrafo: “No se venderán o distribuirán cigarrillos en farmacias, boticas, hospitales [...]”. Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) otorgó un amparo a las farmacias y declaró inconstitucional la reforma al artículo 277 “por no justificarse el trato diferenciado que se les da a las farmacias respecto al resto de los comercios, y violar la garantía de libertad de comercio establecida en la Constitución”. Como respuesta a esta decisión de la Corte, el Senado propuso que se adicionara el nuevo párrafo con esta frase: “Por razones de orden público e interés social, no se venderán...”. No obstante, en el 2007 una vez más la SCJN declaró esta reforma inconstitucional, por considerar que no estaban justificadas dichas razones (Ramírez-Barba *et al.*, 2008). La Asociación Nacional de Farmacias de México (ANAFARMEX) respaldó la decisión de la SCJN argumentando que cada dueño debería tener la libertad de tomar la decisión sobre la venta de cigarrillos (El Universal, 2007). Sin embargo, semanas después la SCJN revocó su decisión y prohibió la venta de tabaco en las farmacias. Este caso ilustra muy bien la actual dicotomía que existe en cuanto al reconocimiento del papel de las farmacias en México: como servicios de salud o como comercios, y destaca los intereses encontrados en la regulación de las farmacias.

Discusión

Al analizar la regulación de las farmacias en México lo primero que sobresale es la complicada hermenéutica jurídica en la cual los medicamentos y las farmacias están insertos. Las farmacias mexicanas están reguladas por al menos tres instrumentos, los cuales sufren modificaciones periódicamente —frecuentemente de forma desvinculada los unos de los otros— e incluso utilizan diferente terminología. Además, al menos cinco instancias regulatorias (de carácter federal, estatal e institucional)

toman parte en diferentes aspectos de la regulación y funcionamiento de las farmacias; y con cada nueva legislatura y administración del ejecutivo, cambian sus responsabilidades. Todo lo cual lleva a un marco regulatorio poco coherente, difícil de comprender y difícil de instrumentar. Adicionalmente, tal como lo señala la experiencia en otros países en vías de desarrollo (Craig, 2000), este marco regulatorio de las farmacias —fragmentado y poco flexible— entorpece la instrumentación de las políticas nacionales de medicamentos. Así, estas políticas quedan, frecuentemente, tan solo como un listado de buenas intenciones.

Aunque está claro el poder regulatorio de la Ley General de Salud, este no es tan claro para el Reglamento de Insumos para la Salud y el Suplemento. Si bien podría argumentarse que estos dos documentos se complementan el uno al otro respecto al tema de las farmacias, da la impresión de que en realidad hay una duplicidad innecesaria. A pesar de (o quizás debido a) esta complejidad regulatoria, las farmacias parecen estar en realidad cada vez más desreguladas. Así, a lo largo del último siglo hemos transitado de boticas a farmacias y luego a supermercados. No hay una instancia gubernamental que se dedique específicamente a regular el funcionamiento de las farmacias; esta responsabilidad se ha trasladado a oficinas de nivel estatal, generalmente con poco personal, para las cuales las farmacias representan tan solo una de sus diversas preocupaciones.

En cuanto al contenido de los instrumentos jurídicos, es relevante destacar que tanto la Ley General de Salud como el Reglamento de Insumos para la Salud se enfocan primordialmente a la regulación de los insumos (medicamentos) y solo tangencialmente a las farmacias. Las farmacias están consideradas en estos documentos junto con otros establecimientos dedicados a la producción de medicamentos, como los laboratorios y bodegas; y no están consideradas junto con los establecimientos que prestan servicios de salud. Aún más, como se ha explicado en el caso del tabaco, para algunas instancias gubernamentales, las farmacias parecen no diferenciarse en lo absoluto de cualquier otro establecimiento comercial, y al parecer no se ha reconocido su importante rol para la atención de los problemas de salud³⁰. Esta inconsistencia en el reconocimiento del carácter de las farmacias —establecimientos industriales/comerciales vs. establecimientos en los cuales las personas buscan atender sus problemas de salud— evidentemente complica su regulación.

El Suplemento de la Farmacopea se distingue de la LGS y el RIS por ser un documento completamente orientado a las farmacias. Sin embargo, como se ha mencionado, es difícil reconocer su alcance como instrumento normativo. Encontramos que este documento parece ser más un retrato del ideal sobre cómo debería ser una farmacia y menos un documento que señale las estrategias y acciones necesarias para incidir en la actual situación de las farmacias y poder llegar a un ideal. El Suplemento hace un recuento nostálgico de las farmacias de antaño en las que el farmacéutico profesional tenía un papel protagónico (basta con ver la fotografía que

³⁰ Por ejemplo, en el Reino Unido las farmacias han pasado —en el último siglo— de ser lugares en los cuales se vende tabaco, a ser lugares donde se ofrecen servicios para dejar de fumar (Anderson, 2007).

aparece en su portada, Figura 1. 2.) y enfatiza la necesidad de recuperar esta figura, describiendo largamente la dispensación como un acto profesional y las ventajas del servicio profesional farmacéutico. No obstante, hay poca discusión en torno al rol de los dependientes o auxiliares, quienes representan la mayor parte del personal que actualmente trabaja en farmacias. El documento es muy claro al establecer prohibiciones y límites en cuanto a la interacción de estos empleados con los clientes, utilizando frases categóricas como “usurpación de profesiones” o “provocar daño u homicidio”. Dichas prohibiciones parecen estar basadas en la percepción (quizás no errada) de los dependientes como simples vendedores; pero es poco lo que se propone para sacarlos de este papel de comerciantes y llevarlos a un papel de auxiliares en la prestación de servicios de salud. Esta posición de *todo o nada* (profesionales farmacéuticos vs. vendedores) es retomada por la propuesta de política farmacéutica nacional, y deja poco espacio para posiciones intermedias, como podría ser la inclusión de personal con capacitación técnica. Finalmente, es interesante notar que la polémica sobre las funciones del personal profesional y no profesional de las farmacias no es nueva en México: hace ya más de un siglo los *profesores de farmacia* y los *boticarios prácticos* se disputaban el derecho de estar al frente de las farmacias.

Como mencionamos anteriormente, la legislación de medicamentos y farmacias en México está fuertemente cargada a restringir el acceso a medicamentos controlados, por considerarlos un riesgo para la salud. En la práctica, esta regulación extrema de los medicamentos controlados parece consumir la mayoría de los esfuerzos para verificar y controlar el funcionamiento de las farmacias. Además, la sobreregulación de estos medicamentos (particularmente los analgésicos opioides) en México podría tener efectos adversos sobre su acceso para quienes realmente los necesitan, como los pacientes con cáncer (Liliana De Lima *et al.*, 2001). La sobrevaloración del riesgo de los medicamentos controlados y su sobreregulación coexisten con una baja percepción del riesgo y la subregulación del resto de los medicamentos, particularmente aquellos del grupo IV. Entonces, aunque la legislación distinga seis grupos de medicamentos, en la práctica parece haber solamente dos: los controlados y los de venta libre.

Es evidente que hay un reconocimiento por parte de los decisores sobre el problema de la automedicación con medicamentos que requieren receta médica (*autoprescripción*). La necesidad de hacer cumplir la regulación vigente y exigir que los medicamentos del grupo IV solo se dispensen ante la presentación de la receta, aparece en todos los documentos de políticas de medicamentos y de salud publicados desde el año 2001. Sin embargo, la preocupación y las metas indicadas en los documentos no están acompañadas de líneas de acción claras que conduzcan hacia ese objetivo. Por ejemplo, se ha delegado esta responsabilidad a las representaciones estatales de la COFEPRIS y del SPSS, sin asignarles (al menos no públicamente) un plan de acción y recursos para que puedan hacer cumplir la regulación y lograr las metas establecidas.

Hay inconsistencias importantes respecto a cómo los diferentes documentos regulatorios y de políticas abordan el problema de la venta libre de medicamentos del grupo IV. Mientras la Ley General de Salud y el Reglamento de Insumos para

la Salud establecen tajantemente la obligatoriedad de exigir la receta médica y las sanciones por su incumplimiento, la propuesta de política farmacéutica nacional reconoce que esto solo puede lograrse a largo plazo. Así, se continúa permitiendo la venta de medicamentos del grupo IV sin receta, es decir, la autoprescripción. Pero, por otro lado, no se permite la publicidad de medicamentos del grupo IV dirigida al público, no se permite que los dependientes de farmacias brinden información sobre estos medicamentos, ni que estos contengan insertos informativos; todo esto, irónicamente, con el fin de evitar la autoprescripción. De esta forma, el actual marco regulatorio deja completamente desprotegido a los consumidores: permite que obtengan los medicamentos sin receta, pero no permite que obtengan información sobre los mismos. Peor aún, en el discurso de algunos decisores y miembros de asociaciones médicas, frecuentemente se señalan a los empleados de las farmacias y a los propios pacientes como *culpables* de la automedicación, incluso llegando a proponer que se les sancione (Pérez, 2008). Esto, en lugar de señalar la responsabilidad de quienes tienen que hacer cumplir la Ley. Al igual que sucede en otros países en vías de desarrollo, existe una brecha grande entre la regulación y la práctica. Esta brecha es mantenida por la falta de recursos para instrumentar la regulación y la oposición a tomar medidas que, si bien distan de las ideales, podrían influir mejor sobre la práctica³¹.

Es importante destacar que frecuentemente en la discusión pública se abordan temas tales como la autoprescripción y la regulación de las farmacias en forma aislada, fuera del marco más amplio donde debería discutirse: el uso adecuado de medicamentos. De hecho, el uso adecuado de medicamentos ha sido el aspecto más relegado en las políticas de medicamentos pasadas (Gasman, 1995; Leyva Flores *et al.*, 2006). Consolidar una estrategia nacional que incluya de una forma integral intervenciones educativas, gerenciales y regulatorias dirigidas a mejorar la prescripción, la dispensación y el consumo de medicamentos, es una asignatura todavía pendiente en México.

Los actuales esfuerzos del ejecutivo para mejorar la calidad de los servicios que prestan las farmacias hospitalarias son muy significativos. Sin embargo, las farmacias comunitarias siguen siendo *tierra de nadie*, cada vez más comercios y cada vez menos establecimientos de salud. Si bien en los últimos años ha habido preocupación por regular cada vez más la calidad de los medicamentos vendidos en las farmacias privadas, el precio de los medicamentos y la calidad de los servicios prestados en ellas parecen estar cada vez menos regulados.

Solo con un marco regulatorio coherente, actualizado y relevante para la realidad del país, podrán instrumentarse políticas que brinden a las farmacias la oportunidad de retomar su función dentro del sistema de salud del país y su papel en la salud de

³¹ Un ejemplo de esto es lo sucedido en Uganda: los altos decisores en salud se opusieron a la provisión de información para empleados de farmacias y el público sobre el uso adecuado de antibióticos —ante la evidencia de que dos tercios del total se venden sin receta y sin ninguna información que los acompañe— debido a que ello “legitimaría la automedicación” (Reynolds-Whyte & Birungi, 2000).

la población. Para esto, es importante que la regulación parta de la realidad de las farmacias y no de un ideal sobre ellas. Y que las políticas se enfoquen no solo en los objetivos, sino también en los procesos para llegar a ellos. Finalmente, para evitar duplicidades e inconsistencias, es necesario que los distintos instrumentos jurídicos y normativos que atañen a la gran diversidad de farmacias en México se recojan en un solo documento regulatorio. Dicho documento podría ser una Norma Oficial Mexicana (NOM), la cual tiene una función regulatoria bien reconocida. Si hay una Norma Oficial Mexicana de salud para la prestación de servicios médicos en ambulancias; para la organización y funcionamiento de laboratorios clínicos e incluso para la fabricación de chocolate... ¿Entonces por qué no hay una Norma Oficial Mexicana para regular el funcionamiento de las farmacias?

Referencias bibliográficas

- Altagracia, M. M.; Kravzov, J.; Moreno, S. R., Ríos, C. C.; Vázquez, M. E. (2003). Self-Medication in Rural and Urban Communities in the State of Guerrero. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 34, 27-35.
- Anderson, S. (2007). Community Pharmacists and Tobacco in Great Britain: From Selling Cigarettes to Smoking Cessation Services. *Addiction*, 102, 5, 704-712. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01790.x>
- CPFEUM (2005). *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud*. Tercera Edición. México DF: Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud.
- Craig, D. (2000). The King's Law Stops at the Village Gate: Local and Global Pharmacy Regulation in Vietnam. En: Whiteford, L.; Manderson, L. (eds.). *Global Health Policy, Local Realities. The fallacy of the Level playing field*. Londres: Lynne Rienner Publishers, p. 127-148.
- DOF (1921). Reglamento general a que deberán sujetarse, en su funcionamiento, las droguerías, boticas, y farmacias de la ciudad de México. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (1942). Reglamento de droguerías, farmacias, laboratorios y establecimientos similares. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (1984). Ley General de Salud. Últimas reformas. 15-12-2007. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (1994). Acuerdo número 118 por el que se desconcentran funciones a los servicios coordinados de salud pública en los estados y se delegan facultades a sus titulares en materia de control y vigilancia sanitaria de boticas y farmacias. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (1998). Reglamento de Insumos para la Salud. Últimas reformas. 20-12-2007. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (2004a). 1er. Convenio para establecer restricciones adicionales a la regulación y legislación vigentes para publicidad, comercialización y leyendas de advertencia de productos de tabaco. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- DOF (2004b). Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.

- DOF (2004c). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México DF: *Diario Oficial de la Federación*.
- El Universal (2007). Decidirán dueños de farmacias si venden o no cigarros. *El Universal*, 7 de marzo.
- Garrido-Latorre, F.; Hernández-Llamas, H.; Gómez-Dantés, O. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Pública de México*, 50, S429-S436.
- Gasman, N. (1995). Drifting through time: pharmaceutical policies in Mexico. *Development Dialogue*, 1, 224-256.
- González-Pier, E.; González-Hernández, A. (2004). *Regulación saludable del sector farmacéutico. Competencia económica en México*. México DF: Comisión Federal de Competencia.
- Hinke, N. (2001). Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX. *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, 22, 49-78.
- Juan, M. (1991). Modernización de la regulación sanitaria en México. *Salud Pública de México*, 33, 373-377.
- Leyva Flores, R.; Wirtz, V.; Dreser, A.; Reich, M.R. (2006). Hacia una política farmacéutica integral para México. *Salud Pública de México*, 48, 179-180.
- Liliana De Lima, M.H.; Sakowski, J.A.; Stratton Hill, C.; Bruera, E. (2001). Legislation analysis according to WHO and INCB criteria on opioid availability: A comparative study of 5 countries and the state of Texas. *Health Policy*, 56, 99-110. doi: [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00130-5](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00130-5)
- Martínez, S.; Aceves, P.; Morales, A. (2007). Una nueva identidad para los farmacéuticos: la Sociedad Farmacéutica Mexicana en el cambio de siglo (1890-1919). *Dynamis* 27, 263-285.
- Molina-Salazar, R.E.; González-Marin, E. y Carbajal-de Nova, C. (2008). Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Pública de México*, 50, S496-S503.
- Nigenda, G.; Orozco, E. y Olaiz, G. (2003). La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud. México DF: *Caleidoscopio de la Salud*, FUNSALUD, p. 263-273.
- Ortiz, M.; Puerto, E.; Aceves, P. (2008). La reglamentación del ejercicio farmacéutico en México. Parte I (1841-1902). *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39, 12-19.
- Pérez, M. (2008). Proponen en congreso médico declarar ilegal la automedicación. México DF, La Jornada, 29 de julio. Disponible en: <https://tinyurl.com/2mnc372z> (consultado el 08/06/2025).
- Ramírez-Barba, E.J.; Saro-Boardman, E.; Vázquez-Guerrero, A.; Vázquez-Guerrero, M. A. (2008). Ley General para el Control del Tabaco en México. *Salud Pública de México*, 50, S372-S383.
- Reynolds-Whyte, S.; Birungi, H. (2000). The business of medicines and the politics of knowledge in Uganda. En: Whiteford, L.; Manderson, L. (eds.). *Global Health Policy, Local Realities. The fallacy of the level playing field*. Londres: Lynne Rienner Publishers, pp. 127-148.
- SSa-COFEPRIS (2005). *Hacia una Política Farmacéutica Integral para México*. México DF: Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
- SSa (2001a). *Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Documento de Seguimiento. México DF: Secretaría de Salud.
- SSa (2001b). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México DF: Secretaría de Salud.
- SSa (2003). *Seguimiento a la estrategia para la mejora en el abasto de medicamentos*. Informe del mes de agosto. México DF: Secretaría de Salud.

- SSa (2005). *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud. México DF: Secretaría de Salud. Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- SSa (2006). *Política de medicamentos del Sistema de Protección Social en Salud de México*. México DF: Secretaría de Salud.
- SSa (2007a). *El futuro de la farmacia hospitalaria en México*. Reunión de expertos. México DF: Secretaría de Salud.
- SSa (2007b). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México DF: Secretaría de Salud.
- Wirtz, V.J.; Taxis, K.; Dreser, A. (2009). Pharmacy customers' knowledge of side effects of purchased medicines in Mexico. *Tropical Medicine and International Health*, 14, 93-100. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02186.x>

Capítulo 2

Organización y funcionamiento de las farmacias en México

Veronika J. Wirtz, René Leyva Flores, Anahí Dreser, Kitty K. Corbett

Introducción

México representa el décimo mercado farmacéutico más grande del mundo, liderando junto con Brasil los mercados en América Latina. Las ventas anuales de medicamentos en farmacias privadas son de casi nueve mil millones de dólares y están en constante crecimiento (IMS Health, 2008). La oferta de medicamentos en México corresponde a alrededor de 7.000 medicamentos en 12.000 presentaciones¹ (González-Pier & González-Hernández, 2004). Casi el 82% del gasto de medicamentos tiene lugar en el sector privado y el 18% restante en el público (Moise & Docteur, 2007). En contraste con países más desarrollados, en México casi el 90% del gasto en salud es de bolsillo (Moise & Docteur, 2007), lo que explica que la mayor parte de los medicamentos se obtiene mediante pago de bolsillo en las farmacias privadas.

Este importante mercado de medicamentos se ha desarrollado en un marco conformado por la inequidad en el acceso a los servicios de salud, el frecuente desabasto de medicamentos en los servicios públicos de salud y la escasa regulación de las farmacias privadas, que permite la venta irrestricta de la mayoría de los medicamentos, muchos de los cuales, de acuerdo con la normatividad vigente, solo deberían venderse con prescripción médica.

El rol relevante de las farmacias privadas como espacio de venta de medicamentos en México se ha destacado en varios estudios durante las últimas décadas. Por ejemplo, una encuesta de hogares en 1992 arrojó que el 53% de las personas que

¹ Se estima que el 82% de los medicamentos comercializados en México requieren receta médica para su venta, y el resto corresponden a medicamentos de libre venta (mejor identificados como OTC u *over the counter*) (González-Pier & González-Hernández, 2004). Los medicamentos OTC representan alrededor del 33% del volumen de ventas, y el 25% del valor de ventas en farmacias privadas (Moise & Docteur, 2007).

consumieron medicamentos en los días previos lo hizo automedicándose. En dicha encuesta, el 60% de todos los medicamentos consumidos recientemente se habían obtenido en farmacias privadas (Ángeles-Chimal *et al.*, 1992). Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud de 1994 concluyó que el 40% de los pacientes que recibieron una receta médica en los servicios públicos de salud adquirieron los medicamentos en las farmacias privadas mediante pago directo (Leyva Flores *et al.*, 1998). Un estudio cualitativo realizado en el marco de esta misma encuesta (Bronfman *et al.*, 1997) concluyó que la búsqueda de atención en las farmacias privadas es una opción que frecuentemente compite con la consulta médica entre la población más pobre sin acceso a la seguridad social. De acuerdo con los autores, esto tiene que ver con: la muy baja capacidad adquisitiva de la población, por lo que las familias deben decidir entre pagar la atención médica o el medicamento, la inconformidad con los tratamientos prescritos en los servicios públicos de salud y con el alto valor que la población otorga a los medicamentos.

De esta forma, las farmacias privadas resultan ser uno de los lugares más frecuentados por quienes buscan atender sus problemas de salud: tanto aquellos que se automedican como quienes acuden a servicios privados o públicos de salud. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen la organización y funcionamiento de las farmacias privadas en México como espacios de atención a la salud, la calidad de los servicios que otorgan y su contribución al uso apropiado de medicamentos.

El presente trabajo describe, en primer lugar, las características de los diferentes tipos de farmacias que existen en México. A continuación, profundiza en algunos aspectos relacionados con las características de las farmacias y de los empleados que en ellas trabajan, basándose en estudios efectuados en el estado mexicano de Morelos en dos momentos: 1996 y 2006. Finalmente, describe la información publicada en los últimos 15 años por diferentes autores que han estudiado la calidad de los servicios prestados en las farmacias. Esto, con el fin de identificar cambios en la organización y funcionamiento de las farmacias en las últimas décadas, así como analizar cómo estos cambios han influido en la calidad de los servicios que prestan y en su capacidad para contribuir a un uso apropiado de los medicamentos.

La organización de las farmacias

En el año 2005 se estimó que en México había un total de 51.000 farmacias, de las cuales aproximadamente la mitad eran privadas y 17.000 contaban con un profesional relacionado con las ciencias de la salud² (SSa-COFEPRIS, 2005). Sin embargo, el número exacto de farmacias es desconocido por falta de registros actualizados.

² Las labores de estos profesionales tienen que ver principalmente con la dispensación de medicamentos controlados y la preparación de fórmulas magistrales en aquellas farmacias que ofrezcan estos productos y servicios; regularmente no atienden por tiempo completo en las farmacias, solo algunas horas al día (ver Capítulo 1).

Existe una clara distinción entre las farmacias públicas y las privadas en México. Las farmacias públicas se encuentran ubicadas en instituciones públicas de salud (hospitales o clínicas de atención primaria) y generalmente solamente surten prescripciones de médicos de la misma institución.

Las farmacias privadas comunitarias venden medicamentos a libre demanda de los consumidores, que acuden a estos establecimientos sin prescripción médica o bien presentan alguna prescripción expedida en servicios de salud públicos o privados. Por otro lado, están las farmacias anexadas a clínicas u hospitales privados. En estas la venta de medicamentos al público forma parte de los servicios médicos y suelen vender solo a los pacientes que presentan una receta de la misma clínica u hospital. Regularmente no existen contratos de subrogación de farmacias privadas por parte de las instituciones públicas, con excepción de algunos estados del país que han iniciado programas piloto como parte del Sistema de Protección Social en Salud³ (Barraza & Campos, 2007). Sin embargo, algunas farmacias de cadenas comerciales tienen convenios con empresas de seguros privados para surtir medicamentos a sus clientes.

En su mayoría, las farmacias privadas ofrecen al público, además de los medicamentos, una diversidad de mercancías entre los que se encuentran: productos cosméticos, artículos para el cuidado de bebés, dulces, refrescos y en ocasiones se ha identificado la venta de bebidas alcohólicas (Leyva Flores, 2002), lo cual está prohibido (CPFEUM, 2005).

Durante los últimos 15 años, se ha observado un cambio significativo en el tipo de farmacias que predomina en México. De acuerdo con datos del Censo de Farmacias de 1995 del estado de Morelos, prevalecían pequeñas farmacias atendidas en la mayoría de los casos por sus propietarios. Estas farmacias se encontraban distribuidas en los diversos barrios de las ciudades y las comunidades suburbanas, y eran de fácil acceso para la mayoría de los consumidores. En ese año, el Censo de Farmacias registró que el 75% de las farmacias en funcionamiento correspondían a este tipo de establecimiento.

En aquellos años, México vivía los efectos de una profunda crisis económica y los propietarios de estos establecimientos pronosticaban el cierre de los mismos, no solo como un efecto de la crisis, sino por la aún incipiente presencia de farmacias que formaban parte de una cadena comercial. Para los propietarios de las farmacias de barrio, las nuevas cadenas comerciales de medicamentos representaban una *competencia desleal* ya que podían negociar mejores precios ante las distribuidoras de medicamentos, que en esa época no eran más de cinco (Leyva Flores, 2002). Quince años después, los pronósticos se cumplieron. Muchos de los pequeños establecimientos (farmacias tradicionales o independientes) han cerrado sus puertas, dando

³ Este sistema de aseguramiento, cuyo principal componente es el Seguro Popular, surgió durante el término presidencial 2001-2006 para proveer un paquete de servicios de salud y medicamentos a la población que no estaba afiliada a esquemas de seguridad social (alrededor del 50%).

lugar al predominio de las cadenas comerciales de farmacias, cuya complejidad organizativa es cada vez mayor⁴.

Las farmacias de cadena

En este trabajo se clasifican como farmacias de cadena aquellas que pertenecen a: 1) una cadena comercial especializada en venta de medicamentos o 2) una red de supermercados o tiendas de autoservicio. Además, hay farmacias que pertenecen a una institución pública de salud y que, debido a cambios en sus normas, ahora venden medicamentos al público en general. Dada esta diversidad, las farmacias de cadena no se estructuran como un bloque uniforme, sino que ocupan diferentes nichos comerciales, y los medicamentos forman parte de la diversidad de su oferta de mercancías y servicios.

Farmacias pertenecientes a cadenas comerciales

Algunas de las cadenas comerciales más grandes en México son: Farmacias Benavides, Farmacias Guadalajara (ambas con predominio en el norte del país), Farmacias del Ahorro (principalmente en el centro y sur del país), Farmacias Similares, Farmacias Especializadas, Farmacias El Fénix y Farmapronto, entre otras. Algunas de estas cadenas tienen sucursales en otros países latinoamericanos. Las cadenas comerciales se distinguen unas de otras por el tipo de medicamentos que ofertan (por ejemplo, farmacias orientadas a la venta de medicamentos genéricos o a medicamentos de alta especialidad); y también por los diferentes servicios adicionales que ofrecen. Algunos de estos servicios están relacionados con la propia oferta de medicamentos, tales como: medicamentos con la marca propia de la cadena; ventas vía telefónica o

⁴ La Unión de Propietarios Farmacéuticos de la República Mexicana (UPROFARM) señaló en 2003 que durante los cinco años previos aproximadamente cinco mil farmacias tradicionales tuvieron que cerrar sus puertas (El Siglo de Torreón, 2003). Aunque nuestro estudio (Leyva Flores *et al.*, 2006) señala que en Morelos ahora predominan las farmacias de cadena, reportes de otros autores sugieren que en México la mayor parte de las farmacias podrían continuar siendo tradicionales. Por ejemplo, en 2003 UPROFARM estimó que había dos mil farmacias de tiendas de autoservicio y tres mil pertenecientes a cadena; las farmacias tradicionales, a pesar de ser más de trece mil, solo poseían 36% del mercado. Similarmente, González-Pier & González-Hernández señalaron en 2004 que, de las 23.500 farmacias privadas del país, más de 20.000 eran tradicionales o independientes y representaban el 50% de las ventas totales; les seguían en importancia las farmacias de cadenas comerciales, concentrando entre el 12 y el 20% del mercado; y finalmente las farmacias en tiendas de autoservicio, con una participación de entre el 15 y el 20% del valor del mercado farmacéutico. No hay estadísticas oficiales públicamente disponibles y actualizadas para determinar con precisión el número y las características de las farmacias existentes.

Internet, con entrega a domicilio (excepto para medicamentos controlados); servicio las 24 horas; y descuentos especiales en el precio de los productos. Otros servicios adicionales ofrecidos, que no están relacionados con las actividades propias de una farmacia son: impresión de fotografías, pago de servicios de teléfono o televisión y venta de alimentos. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones son los mismos empleados de las farmacias quienes indistintamente venden medicamentos y cualquiera de los otros productos. Finalmente, algunas cadenas ofrecen otros servicios de salud tales como consultorio médico y toma de muestras de laboratorio en espacios anexos a las farmacias.

Respecto a la organización de sus establecimientos, en muchas de las farmacias de cadenas comerciales un mostrador divide dos áreas distintas. En el área fuera del mostrador pueden encontrarse refrigeradores con bebidas o helados, así como anaqueles con productos diversos, incluyendo regalos y comestibles. En el área detrás del mostrador se encuentran los medicamentos —tanto aquellos que requieren prescripción médica, como los de libre acceso— y también material de curación, productos diversos de perfumería y para el cuidado de los bebés. De esta forma, los empleados de mostrador (también llamados *dependientes*) lo mismo se ocupan de vender jabón y aspirinas que antibióticos. Por lo general, no hay un área claramente definida donde el cliente pueda hablar con un profesional y pedir algún consejo sobre la utilización de medicamentos.

Es importante destacar que algunas farmacias de ciertas cadenas están comenzando a ofertar servicios especializados de atención farmacéutica profesional. En contraste, otras cadenas comerciales están promoviendo la creación de farmacias/minisupermercados (Fragua, 2008), con lo cual no es fácil distinguir si el establecimiento comercial es una farmacia que vende otras mercancías o al revés, un establecimiento comercial que además ofrece venta de medicamentos. A continuación, se presenta una caracterización de algunas de las cadenas comerciales que funcionan en México ofreciendo productos o servicios específicos.

Las Farmacias Similares se especializan en la venta de productos genéricos⁵ desde 1997. Esta cadena se ha expandido rápidamente por todo el país, representando

⁵ La denominación de los productos genéricos es complicada en México. Los genéricos intercambiables (GI) son aquellos que a través de pruebas han demostrado bioequivalencia al producto de referencia, y están incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. Los genéricos no-intercambiables (“similares” es el término popular) son aquellos genéricos que no cumplen con estos requisitos. Las Farmacias Similares están orientadas a la venta de medicamentos GI y *similares*; sin embargo, otras cadenas farmacéuticas orientadas principalmente a la venta de productos patentados, también comercializan productos GI y *similares*, así como medicamentos con la marca propia de la cadena farmacéutica. Un cambio reciente en la Ley requiere que para el año 2010 todos los medicamentos comercializados en México hayan pasado por pruebas de bioequivalencia, con lo cual todos estos productos serán llamados solamente “genéricos”.

ahora alrededor del 12% del mercado farmacéutico de México⁶ (Moise & Docteur, 2007). La cadena creó al “Dr. Simi” como su mascota, el cual baila al frente de sus farmacias y es reconocido ampliamente por la población. Una innovación promovida por las Farmacias Similares en cuanto a la organización de las farmacias es la anexión de un consultorio en donde el paciente puede ver a un médico y recibir una prescripción. Dado que el costo de la consulta⁷ es mucho más bajo que en el sector privado, los horarios de atención son amplios y los tiempos de espera más cortos que en el sector público, estos consultorios se han convertido en una alternativa atractiva para la población (Battle, 2005).

Algunas de estas farmacias ya están ofertando también ultrasonidos y análisis clínicos. La cadena Farmacias Similares y su fundador han sido foco de crítica y de controversia en muchas ocasiones, principalmente por el hecho de comercializar medicamentos genéricos que en su mayoría no cuentan con pruebas de bioequivalencia realizadas por un laboratorio autorizado en México (Hayden, 2007). Además de las Farmacias Similares, han surgido otras cadenas dedicadas primordialmente a la venta de medicamentos genéricos en los barrios más pobres (por ejemplo, Opciones Farmacéuticas y Mi Farmacita Nacional). También en estas farmacias la adición de un consultorio médico que ofrece servicios a bajo precio actúa como un fuerte atractivo para los clientes. Sin embargo, ya que los médicos contratados frecuentemente reciben una comisión por la venta de medicamentos, existe un potencial conflicto de intereses y el riesgo de que se esté promoviendo la sobremedicación (Coronado *et al.*, 2007).

Las Farmacias Especializadas se enfocan a la venta de productos farmacéuticos de alta especialidad para el segundo y tercer nivel de atención. Aunque la cadena es relativamente pequeña, con 78 puntos de venta en México, ocupa una importante posición en el mercado ofreciendo medicamentos que otras farmacias frecuentemente no tienen disponibles, como los oncológicos, por ejemplo. Además, ofrecen otros servicios innovadores, tales como asesoría telefónica con enfermeras.

Dos modelos pilotos de farmacias de cadena que ofrecen atención farmacéutica son PharmaCare y Farmacias Universitarias. Las farmacias de PharmaCare se han especializado en la venta de antipsicóticos y medicamentos para enfermedades mentales, principalmente medicamentos innovadores que están protegidos por patente. Esta cadena se distingue porque ofrece atención farmacéutica individualizada para cada cliente utilizando un sistema de monitoreo y expediente clínico. La propuesta de las Farmacias Universitarias es ofrecer servicios de atención farmacéutica por un profesional de ciencias farmacéuticas. Quienes han promovido estas iniciativas y han fundado sucursales de este tipo de farmacias son algunos egresados de las

⁶ El fundador, Víctor González Torres, es una celebridad, no solamente por ser un rico empresario —es dueño de alrededor de 3.800 sucursales en México, Guatemala y Chile (Farmacias Similares, 2008)—, sino también por su actividad política: fue candidato independiente para la presidencia de México en las elecciones del 2006 (Hayden, 2007).

⁷ En enero de 2009 el costo de la consulta médica era de 25 pesos mexicanos (aproximadamente 1,8 dólares estadounidenses).

escuelas de ciencias farmacéuticas de universidades mexicanas (según una entrevista con un académico y un egresado de una facultad de Farmacia en México en 2006). Por otro lado, algunas farmacias de cadenas comerciales están comenzando a operar Centros de Información en Medicamentos, con una línea de atención telefónica gratuita atendida por profesionales farmacéuticos (Farmacia Benavides, 2009).

Farmacias que pertenecen a una red de supermercados u otro tipo de establecimiento comercial

La mayoría de las grandes redes de supermercados en el país tienen una farmacia dentro de sus instalaciones. Físicamente, las farmacias de supermercados están organizadas de la siguiente forma: el mostrador divide un área interna —donde se encuentran los medicamentos que requieren prescripción médica— y un área externa, donde se encuentran los medicamentos de libre acceso y el material de curación. Así, los empleados de mostrador generalmente solo se ocupan de vender medicamentos que requieren prescripción, y los clientes seleccionan los medicamentos de libre acceso.

Desde 2007, las farmacias de las tiendas de autoservicio de Walmart de México ofrecen la línea de medicamentos de marca propia Medi-Mart, integrada por 250 medicamentos que cuestan igual o menos que 39 pesos mexicanos por caja (equivalente a US\$ 2,8 en diciembre de 2008) (PMFarma, 2007). El concepto de farmacias-consultorio podría dejar de ser característico de las farmacias orientadas a la venta de productos genéricos: recientemente, Walmart México también anunció el servicio de consultorio e incluso laboratorio en la misma tienda donde está la farmacia (El Financiero, 2009). Como se menciona en el Capítulo 1, de acuerdo con la regulación de las farmacias, este consultorio tiene que estar físicamente separado del espacio de la farmacia. Aun así, es difícil argumentar que no exista un conflicto de interés en un negocio donde se prescriben y venden medicamentos bajo un mismo techo.

Finalmente, es importante mencionar las farmacias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE-Farmacias), las cuales, si bien pertenecen a una institución pública de salud, funcionan como farmacias privadas (ISSSTE es el segundo proveedor de servicios médicos y seguridad social del país). Las farmacias surgieron como una prestación del ISSSTE y ahora forman parte del Sistema Integral de Tiendas y Farmacias del ISSSTE, que está abierto al público en general. Estas farmacias proclaman diferenciarse del resto de las farmacias al ofertar medicamentos a bajo precio y ofrecer descuentos directos a pensionados y jubilados del ISSSTE. Sin embargo, es importante señalar que su funcionamiento está más vinculado a la operación de un supermercado que a los servicios de salud. Por ejemplo, el manual de organización de este sistema describe que el *Departamento de Farmacia* se encuentra bajo una subdirección de abasto de distintos productos

(abarrotes, ropa, calzado y regalos). Entre las funciones de este departamento se menciona asegurar el abasto de productos farmacéuticos y desarrollar un programa de promociones para impulsar la venta de estos productos. No se describe nada respecto a la atención farmacéutica o la promoción de la salud (SITyF-ISSSTE, 1996). Se ha señalado que estas farmacias podrían desaparecer pronto (El Mañana, 2008).

Las farmacias tradicionales: ¿elementos comunitarios en extinción?

El número de las farmacias tradicionales o independientes en México ha disminuido; estas farmacias, como veremos más adelante, se diferencian de las pertenecientes a cadenas comerciales por tener un menor número de empleados y de clientes. A pesar de su paulatina desaparición, hay algunas iniciativas en el país para impulsar el funcionamiento de estos establecimientos.

Las farmacias tradicionales están organizadas en dos asociaciones: la Asociación Nacional de Farmacias de México (ANAFARMEX) y la Unión de Propietarios Farmacéuticos de la República Mexicana (UPROFARM). Dichas asociaciones han defendido los intereses de sus agremiados difundiendo en los medios de comunicación las *prácticas depredatorias* de las grandes cadenas de farmacias y pidiendo al gobierno medidas para evitar la *mortandad* de las pequeñas farmacias, incluyendo la subrogación de servicios de los esquemas públicos de seguridad social (El Siglo de Torreón, 2003). Asimismo, están impulsando la participación de sus miembros en cursos de capacitación y promoviendo iniciativas innovadoras, tales como ofrecer una *canasta básica de medicamentos* a bajo precio o canalizar problemas de obesidad detectados en las farmacias (ANAFARMEX, 2009).

Dada la baja densidad de farmacias en algunos estados como Chiapas, algunas instituciones empezaron a crear farmacias comunitarias: estas farmacias son organizadas y manejadas por la comunidad. Entregan medicamentos esenciales a un costo mucho menor que las farmacias privadas (en promedio 31 pesos en las comunitarias contra 135 en las privadas [13,9 pesos equivalen a un dólar en 2009]) (Ochoa *et al.*, 2006). Sin embargo, existe una carencia de información sobre su impacto a mediano y largo plazo en el acceso y uso adecuado de medicamentos en las comunidades.

Finalmente, se acaba de proponer en la capital del país la creación de Farmacias Populares⁸ como una estrategia para “erradicar el creciente mercado negro de medicinas y los exorbitantes precios de estos productos en los establecimientos legales” (Rumbo de México, 2008), las cuales se establecerían en zonas de alta marginación. Al parecer, esta propuesta sigue la idea de las farmacias “de interés social”

⁸ A pesar de que el nombre se presta a confusión, estas farmacias no forman parte del Seguro Popular.

promovidas en zonas marginales por la Secretaría de Salud de la Nación durante la década de 1980.

El funcionamiento de las farmacias

En este apartado se presenta el funcionamiento de las farmacias en México, las características de los empleados que en ellas trabajan y el cambio que han sufrido en los últimos años. Para ello presentamos y comparamos la información que proviene de dos estudios sobre consumo de medicamentos en farmacias privadas: uno de ellos se realizó en 1996 y el otro en el 2006, ambos en el Estado de Morelos⁹ (Leyva Flores, 2002; Leyva Flores *et al.*, 2006). En ambos estudios se recabó información sobre el funcionamiento de las farmacias y las características de los empleados (*dependientes*) encargados de atender al público.

El rol comercial de estos establecimientos se muestra en su comportamiento mercantil, que es semejante al resto de las tiendas de autoconsumo. En todas las farmacias analizadas en 1996 y 2006, se anunciaban descuentos a medicamentos específicos, como si se tratase de cualquier otra mercancía. Los descuentos siempre fueron mayores en las farmacias de cadena que en las tradicionales y el rango fue del 10% hasta el 40% o más, según el medicamento (ver Tabla 2.1). Los descuentos ofrecidos fueron tanto para medicamentos de libre acceso como para aquellos que requieren prescripción médica. La información sobre los descuentos se distribuye a través de carteles sencillos elaborados por los propios empleados (ver Figura 2.1), en folletos o, en el caso de las cadenas más grandes, a través de sus páginas en Internet. Esta inducción al consumo de determinados productos farmacéuticos sigue una lógica de mercado, no de salud pública.

⁹ Ambos estudios aplicaron métodos y procedimientos semejantes para la obtención y procesamiento de la información. Se realizaron encuestas a empleados de una muestra de farmacias particulares (58 farmacias en 1996 y 50 en 2006) que fueron seleccionadas aleatoriamente en los siete municipios con mayor densidad demográfica y de farmacias del estado. Para su selección se utilizó el Censo de Farmacias de la Secretaría de Salud de Morelos de 1996 y de 2006. En este Censo fue posible identificar los tipos de farmacias (tradicionales, o de cadena), lo cual permitió en el análisis contrastar la información de un tipo y otro de farmacia. Se recolectó información sobre las características de los empleados dedicados a atender a los clientes por lo menos durante un turno completo por día. De esta forma, se excluyeron de los estudios a los dueños o a los responsables ante las autoridades sanitarias que no tenían contacto directo y cotidiano con los clientes.

Tabla 2.1. Características de las farmacias de cadena y las tradicionales en 1996 y 2006, en el estado de Morelos.

Tipo de Farmacia	1996			2006		
	Cadenas n=21	Tradicionales n=37	Total n=58	Cadenas n=28	Tradicionales n=17	Total n=45
Número de personal		*			*	
1-2	5	21	26	6	11	17
3-4	12	10	22	8	7	14
5-7	4	6	10	11	0	11
8-11	0	0	0	3	0	3
Porcentaje de descuento en medicamentos		*				
0%	3	12	15	0	1	1
10-15%	4	6	10	7	4	10
20-25%	9	18	27	4	6	11
30-35%	5	1	6	12	6	18
40-75%	0	0	-	5	0	5
Número promedio de consumidores por día	21	8	-	37	8	-
Consumidores con prescripción médica	172	78	250	512	50	562
Consumidores sin prescripción médica	269	249	518	776	108	884

*Diferencias significativas entre farmacias tradicionales y de cadenas. $p < 0,05$ en prueba de Chi cuadrada.

Fuente: Leyva Flores, 2002 y Leyva Flores *et al.*, 2006.

Otro aspecto importante que define el funcionamiento de las farmacias es la publicidad de ciertos medicamentos¹⁰. En la mayoría de las farmacias tradicionales hay carteles (algunos son impresos, aunque más frecuentemente son elaborados por los propios trabajadores de las farmacias) que informan sobre las bondades terapéuticas

¹⁰ Como se vio en el Capítulo 1, el actual marco regulatorio de las farmacias es muy débil en cuanto a los límites de la publicidad permitida. Aunque está prohibida la publicidad para medicamentos que requieren receta médica, al parecer esto no incluye la prohibición de anunciar descuentos en el precio de estos medicamentos, lo cual es una práctica común en las farmacias privadas.

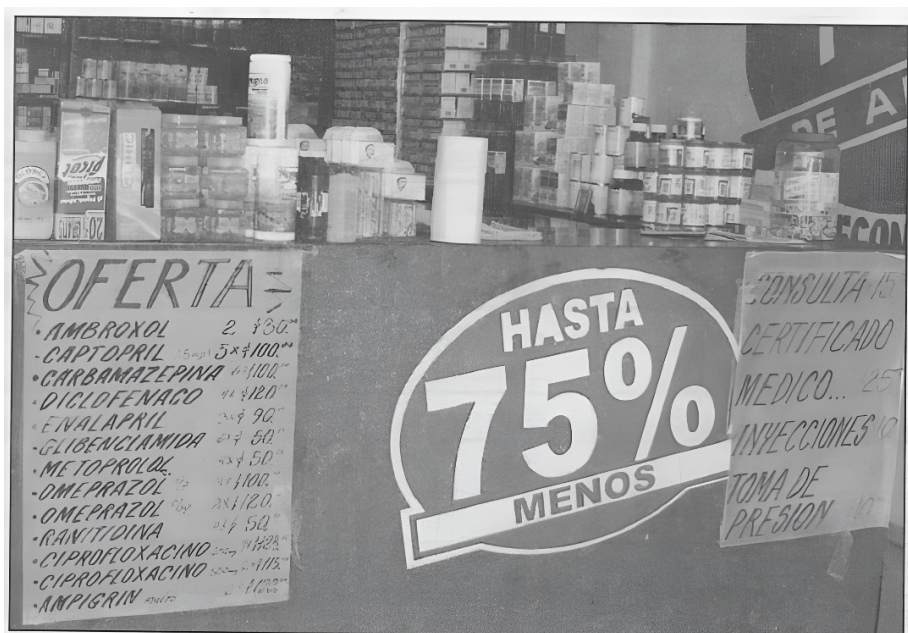


Figura 2.1. Promoción de medicamentos en farmacias, 2006.

de determinados medicamentos. Las farmacias de cadena utilizan tecnologías más avanzadas: algunas cuentan con grandes pantallas de televisión donde se presentan de manera permanente los diferentes productos que se están ofertando. Otros métodos de publicidad frecuentemente usados en las grandes cadenas son: bordados con marcas de productos en las batas del personal; catálogos y folletos que los empleados meten en una bolsa junto con los productos que el cliente compró; e inclusive representantes de los laboratorios que ofrecen sus productos directamente a los clientes. Este es el marco en el cual los empleados interactúan con los clientes que acuden a las farmacias a comprar medicamentos con o sin prescripción médica.

De acuerdo con los estudios de 1996 y del 2006, el número promedio de clientes diarios se ha incrementado tanto en farmacias tradicionales como en las de cadena: en ambos tipos de farmacia predominan los clientes que compran medicamentos sin prescripción médica (ver Tabla 2.1). Es importante señalar que en el estudio de 2006 se encontró que 59% de los medicamentos que requieren receta médica de acuerdo a la legislación vigente fueron vendidos sin este requisito: una gran proporción de ellos fueron antibióticos (Wirtz *et al.*, 2009).

Se puede afirmar que los empleados de mostrador o dependientes son el personal clave en el funcionamiento de las farmacias. En la Tabla 2.1 se puede observar que la mayoría de las farmacias tradicionales han mantenido uno o dos empleados, mientras que las farmacias de cadena han aumentado significativamente el número

de personal. De hecho, para el 2006 el 40% de ellas tenían entre cinco y siete empleados por establecimiento.

Los principales cambios que se han dado en el perfil sociodemográfico y técnico de los dependientes de farmacias tradicionales y de cadena en el período analizado se presentan en la Tabla 2.2. Se puede observar que tanto en 1996 como en 2006 la mayor parte de los empleados eran mujeres, independientemente del tipo de farmacia.

Tabla 2.2. Características sociodemográficas y técnicas del personal de farmacia que atiende los clientes, 1996 y 2006, según tipo de farmacia, en el estado de Morelos.

Tipo de Farmacia	1996			2006		
	Cadena	Tradicionales	Total	Cadena	Tradicionales	Total
Sexo						
Mujeres	64	39	103	96	25	121
Hombres	26	17	43	37	11	48
Grupos de edad** (años)			*			*
12-17	4	0	4	1	0	1
18-29	32	35	67	67	6	73
30-39	22	13	35	35	6	41
40-59	17	4	21	12	13	25
60-81	11	0	11	0	8	8
Escolaridad**			*			*
Primaria	3	1	4	2	5	7
Secundaria	36	14	50	51	7	58
Preparatoria	23	30	53	62	7	69
Licenciatura/QFB	25	7	32	3	12	15
Experiencia** (años)						*
0-1	18	11	29	53	4	57
>1-5	24	20	44	41	7	48
6-10	20	12	32	20	7	27
>10	23	7	30	9	17	26
Tomó curso** (último año)						*
Sí	26	23	49	69	10	79
No	52	26	78	63	24	87
No sabe	12	7	19	1	0	1

*Diferencias significativas entre farmacias tradicionales y de cadenas. $p < 0,05$ en prueba de Chi cuadrado. **Para estas categorías no se obtuvo la información para todo el personal.

Fuente: Leyva Flores, 2002 y Leyva Flores *et al.*, 2006.

Tanto en 1996 como en 2006 el rango de edad de los dependientes abarcó desde menores de edad hasta octogenarios, aunque el grupo de edad predominante fue de jóvenes entre 18 y 29 años. Sin embargo, a través de los años se ha polarizado la edad predominante entre los dependientes de farmacias tradicionales y de cadena: en 2006 el 60% de los dependientes de las cadenas tenía 29 años o menos; en contraste, 60% de los dependientes de las tradicionales tenía más de 40 años.

De igual modo, en 1996 no se encontraron diferencias significativas respecto de la experiencia (expresada en años de trabajo) entre los dependientes de farmacias tradicionales y de cadena. Sin embargo, esta situación cambió en 2006: la mayor proporción de los dependientes de cadenas tenían menos de cinco años de experiencia (el 40% tenía menos de un año), mientras que la mitad de los dependientes de las tradicionales tenían más de diez años de experiencia. Esta situación posiblemente se relaciona con el hecho de que las farmacias de cadena son más nuevas, y que existe una mayor rotación en los puestos de trabajo de las farmacias de cadena que en las tradicionales, pues en estas últimas los dependientes frecuentemente son los propietarios de los establecimientos.

También ha habido un cambio en la escolaridad de los dependientes de las farmacias. Si bien en 1996 las farmacias de cadena contaban con un número mayor de dependientes profesionales (por ejemplo, químico-fármaco-biólogos [QFB] u otra licenciatura) que las farmacias tradicionales, esta situación se revirtió en 2006: en este año, el 3% de los dependientes de farmacias de cadena y el 39% de los de las farmacias tradicionales eran profesionales¹¹, aunque en estas últimas no necesariamente farmacéuticos. Es importante señalar que, aunque la regulación indica que la escolaridad mínima para los empleados de mostrador es la educación secundaria (CPFEUM, 2005), en 2006 se encontró que el 5% de los empleados tenía solamente educación primaria (o elemental).

Si bien los empleados de las farmacias tradicionales tienen mayor escolaridad y mayor experiencia en su puesto de trabajo respecto a los empleados de farmacias de cadena, son estos últimos quienes en 2006 asistieron con mayor frecuencia a cursos de capacitación (alrededor del 50% de los dependientes entrevistados). Aparentemente, esta capacitación busca compensar la baja escolaridad y la poca experiencia de los dependientes en el manejo de medicamentos. Sin embargo, en opinión de los dependientes entrevistados, los cursos no parecen cubrir sus expectativas o necesidades. Por ejemplo, en el estudio de 2006 un dependiente comentaba:

¹¹ Este hallazgo llama la atención debido a que en general son las farmacias de cadenas comerciales las que tienden a vender medicamentos controlados que requieren ser dispensados por profesionales farmacéuticos. Este hallazgo podría explicarse de dos maneras. Por un lado, las farmacias de cadena tienen un número mayor de empleados, por lo cual la proporción de los empleados profesionales podría diluirse. Por otro lado, en la muestra de empleados encuestados, solo se incluyó a quienes atendían directamente a los clientes durante por lo menos un turno al día. Mientras que en las farmacias tradicionales los dueños o responsables sanitarios (muchos de ellos profesionales) fueron incluidos (pues generalmente eran también los únicos empleados), estos frecuentemente fueron excluidos de los estudios en las farmacias de cadena, pues solo estaban presentes algunas pocas horas por semana.

“Tampoco creo que el curso que nos dieron fue muy completo...” (Entrevista F-01CA4-01); y otro afirmaba: *“Pues sí, me siento capacitado, digamos un 70%... porque he trabajado en esto de la farmacia, porque me he «escudriñado»”* (entrevista F- 43YA4-41). Los cursos de capacitación ofrecidos a los empleados de mostrador son aquellos proporcionados por las empresas farmacéuticas (ITESM, 2007), por las propias cadenas de farmacias o bien los cursos oficiales ofrecidos por la Secretaría de Salud¹² (SSa-COFEPRIS, 2009).

En resumen, en 2006 en las farmacias de cadena predominaron empleados jóvenes, con baja escolaridad y poca experiencia en el manejo de medicamentos, sin embargo, con mayor proporción de cursos de capacitación.

Este perfil es contrario al que se observó en las farmacias tradicionales donde los empleados tenían mayor escolaridad y experiencia en el manejo de medicamentos, pero poca asistencia a cursos.

Las diferencias en capacitación y experiencia en el manejo de medicamentos no parecen expresarse en prácticas de atención diferenciada a los consumidores en las farmacias de cadena y en las tradicionales. De acuerdo con los resultados tanto de 1996 como de 2006, solo un 5% de los clientes con y sin prescripción médica consulta a los dependientes para resolver dudas u obtener información sobre los medicamentos que adquiere. En la mayoría de los casos, la interacción entre clientes y dependientes se reduce a un intercambio de compra-venta de mercancías, la cual se lleva a cabo en pocos minutos. La interacción se caracteriza por lo que el cliente pide que le vendan y la respuesta del dependiente está relacionada con la disponibilidad y

¹² El curso oficial llamado “Manejo y Dispensación de Medicamentos” se originó en 1998 y es impartido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Fue diseñado en colaboración con la Secretaría de Educación Pública. Este curso, cuyo propósito expreso es uniformar el desempeño de los empleados de farmacias, tiene una duración de 40 horas y no es de carácter de obligatorio. Está orientado a temas tales como el almacenamiento de medicamentos, marco legal y amabilidad en el trato con los clientes. No abarca aspectos relacionados con el uso racional de medicamentos. La COFEPRIS estima que más de diez mil empleados en todo el país han participado en este programa (SSa-COFEPRIS, 2009). Sin embargo, no se ha realizado ninguna evaluación de esta importante iniciativa, en términos de, por ejemplo, la mejora efectiva en el cumplimiento con la regulación vigente. Paralelamente al curso oficial impartido por COFEPRIS, las propias cadenas de farmacias y los laboratorios farmacéuticos también ofrecen cursos de capacitación. Entre otros, existe una iniciativa ambiciosa propuesta por la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey (ITESM) y la empresa alemana Merck en el año 2005, llamada “Hacia la Profesionalización de los Dispensadores Farmacéuticos”. Este programa pretende “capacitar a los empleados de mostrador de farmacias, para que sean ellos quienes se encarguen de fomentar entre los pacientes el uso informado y racional de los medicamentos”. Según el ITESM, más de mil empleados, pertenecientes a las principales cadenas de farmacias, han sido capacitados a través de este programa (ITESM, 2007). Tampoco en este caso hay información disponible sobre cómo se ha evaluado el impacto del curso. Llama la atención que este último curso pretenda capacitar a los empleados de mostrador para que fomenten el uso racional de medicamentos, cuando la regulación actual les prohíbe dar cualquier tipo de información sobre los medicamentos (CPFEUM, 2005). Una discusión más amplia sobre el tema está en el Capítulo 1 de este volumen.

el precio de los medicamentos. La razón y lógica comercial prima sobre la de atención a la salud y promoción para el uso adecuado de medicamentos.

A continuación, se presentan resultados de diferentes investigaciones sobre la participación de los dependientes como agentes de atención a los clientes que acuden a las farmacias sin prescripción médica y que solicitan su apoyo para seleccionar y en su caso comprar los medicamentos que le indique.

Algunas evidencias sobre la calidad de la atención prestada en las farmacias en México

Entre 1990 y 2008 varios estudios analizaron la calidad de atención prestada en las farmacias de México utilizando como métodos encuestas al personal de farmacias o bien clientes simulados o ficticios. Gellert & Pyle (1994) condujeron un estudio piloto en la frontera del Norte de México utilizando un cliente simulado que acudía a las farmacias para preguntar por un tratamiento “para la tos fuerte de un niño menor de cinco años”. Los resultados mostraron que —para la tos— todos los dependientes recomendaron antibióticos. Cuando el cliente simulado solicitó rifampicina —un antibiótico para el tratamiento de la tuberculosis— todos los dependientes, excepto uno, se lo vendieron.

Utilizando el mismo procedimiento de cliente simulado, se realizaron dos estudios: uno sobre infecciones de transmisión sexual (Leyva Flores *et al.*, 2000) y el otro sobre tratamiento para diarrea e infecciones respiratorias agudas (Kroeger *et al.*, 2001). En el estudio del centro de México (Leyva Flores *et al.*, 2000) el cliente ficticio acudió con 17 dependientes de diferentes farmacias para el tratamiento de síntomas de gonorrea. Solo el 25% de los dependientes ofreció un tratamiento adecuado, mientras que la mayoría recomendó antibióticos, no indicados para el tratamiento de gonorrea, y fueron pocos quienes sugirieron al cliente acudir a una consulta médica. Kroeger *et al.* (2001) realizaron su estudio en 124 farmacias en la frontera sur de México. En las 601 visitas de clientes simulados, quienes pidieron consejo sobre tratamiento para diarrea e infecciones respiratorias agudas, encontraron que solo en el 20% de los casos el dependiente hizo la recomendación adecuada.

Dos estudios evaluaron el conocimiento de los dependientes a través de encuestas. En un estudio sobre dispensación de anticonceptivos en el cual se encuestó a 108 dependientes de farmacias de la ciudad de México (Becker *et al.*, 2004), los autores concluyen que hubo una ausencia de atención farmacéutica, debido a que solo el 31% de los dependientes preguntaron al cliente sobre algunos aspectos relevantes para decidir si el anticonceptivo seleccionado era el adecuado. En otro estudio realizado en la ciudad de México, se entrevistó a 57 dependientes sobre su conocimiento del diagnóstico y tratamiento de tres casos de infecciones de transmisión sexual (Turner *et al.*, 2003). El diagnóstico fue correcto en menos del 12% de los escenarios, y el tratamiento adecuado en 12 a 16%.

Discusión

Los datos presentados en este capítulo muestran que las farmacias privadas juegan un papel muy relevante en el acceso a medicamentos, con un porcentaje muy alto tanto del gasto como del volumen de medicamentos. Desde la perspectiva de la salud pública las farmacias como puntos de venta de medicamentos, deberían garantizar el acceso y favorecer el uso apropiado de los medicamentos. Sin embargo, para ello se requiere que su organización contribuya a la promoción de la salud de la población y a la protección contra los riesgos relacionados con el consumo de medicamentos.

La información presentada en este capítulo señala tres tendencias distintas. Por un lado, están las farmacias de cadena, que ofertan un sinnúmero de productos y servicios frecuentemente poco relacionados con la atención a la salud y que cuentan con personal no profesional, con poca experiencia y capacitación. Es importante resaltar el hecho de que la oferta de medicamentos y de otros productos (alimentos, regalos) habitualmente ocurre en espacios poco diferenciados, y que es el mismo personal quien ocupa su tiempo surtiendo recetas médicas y vendiendo los otros productos. Así, al ampliarse la actividad comercial de estas farmacias la oportunidad de que los empleados puedan especializarse en la atención farmacéutica es cada vez menor. Estas farmacias se distinguen cada vez menos de otras tiendas de autoservicio, están desplazando a las farmacias tradicionales y son las que aparentemente tienen un número creciente de clientes.

En segundo lugar, están las farmacias de cadenas que anexan consultorios médicos, y que frecuentemente ofrecen otros servicios de diagnóstico médico, como análisis de laboratorio y ultrasonido. En este caso, llama la atención la pérdida de identidad de la farmacia como tal: lo central es la atención médica y la farmacia solo vende los medicamentos, por lo cual la atención farmacéutica queda relegada. La tercera tendencia en las farmacias mexicanas —todavía muy incipiente— es la de las farmacias especializadas, que cuentan con personal profesional y son capaces de brindar atención farmacéutica profesional.

El perfil del personal de las farmacias sugiere que las autoridades reguladoras de las farmacias y los usuarios no consideran que estos establecimientos sean parte del sistema de salud. Los datos de varios estudios de los últimos diez años han mostrado que el personal de las farmacias no tiene suficiente capacitación en áreas básicas de la atención en salud, y no presta atención farmacéutica. Por el contrario, se ha podido constatar con mucha frecuencia que la información que ofrecen, por ejemplo, en la venta de antibióticos, puede producir efectos indeseables para la salud pública.

Dado que los estudios sobre la calidad de la atención prestada en farmacias realizados por distintos autores en diferentes partes del país encontraron resultados semejantes, pensamos que los resultados se pueden generalizar con mayor confianza a todo el país. Los hallazgos en México son coherentes con los resultados de estudios realizados en otros países de América Latina —que también reportaron la carencia de capacitación de los dependientes de las farmacias (Homedes & Ugalde, 2005)— y con los que se reportan en los otros capítulos de este volumen.

De acuerdo con los resultados del estudio en el estado de Morelos, existe una tendencia al crecimiento de las farmacias de cadena. Mientras en 1996 había tres farmacias de cadena por cada dos farmacias independientes, en 2006 cuatro de cada cinco farmacias de Morelos eran de cadena. Dado el aumento de las farmacias de cadena, existe una tendencia a que el personal sea más joven y con menos experiencia profesional. Se intenta superar este déficit con cursos de capacitación para el manejo de medicamentos; sin embargo, es necesario evaluar la efectividad de los cursos¹³. El personal de las farmacias de cadena es menos permanente que el de las farmacias tradicionales y por tanto la inversión en la capacitación de recursos humanos para farmacias de cadena es menos rentable.

Los clientes raramente solicitan información o consejos a los empleados de las farmacias (menos del 10% de acuerdo con el estudio de Kroeger *et al.*, 2001 y 5% en Morelos), indicando que los clientes principalmente van la farmacia a comprar y no a recibir atención farmacéutica. En entrevistas realizadas a los clientes de las farmacias en 2006, se encontró que la razón principal por la cual los clientes prefieren acudir a las farmacias en lugar de ir a una consulta médica es la falta de recursos. Otras razones mencionadas fueron conveniencia, cercanía y confianza en el personal.

Según las entrevistas la gran mayoría de los clientes tienen confianza en la atención que reciben en las farmacias. Sin embargo, la atención a la que se refieren pareciera estar limitada a la venta del producto y no se evalúa la atención farmacéutica. Al preguntarles sobre la calidad de la atención recibida en las farmacias, la mayoría de los clientes solo indicaron que fue “atenta” o “amable”. No parece que esta situación vaya a cambiar con el curso oficial ofrecido a los empleados de farmacias, el cual principalmente aborda el manejo de los medicamentos y la amabilidad en la atención de los clientes, dejando de lado el tema del uso racional de medicamentos.

Aunque el gobierno mexicano resaltó en 2005 la necesidad de profesionalizar las farmacias, existen barreras importantes para su implementación, entre otras el número insuficiente de farmacéuticos (SSa-COFEPRIS, 2006). Hasta ahora las reformas de los servicios de farmacias se han dirigido hacia las farmacias de hospitales del sector público. La COFEPRIS (colaborando con las organizaciones de propietarios de farmacias, las principales cadenas de farmacias y las asociaciones de profesionales farmacéuticos) ha empezado a definir las guías para la organización y los servicios que debería ofrecer una “farmacia modelo”. De acuerdo con la COFEPRIS en ellas se deben proveer medicamentos de acuerdo a las necesidades de salud de la comunidad, no se deben comercializar productos que representen un riesgo a la salud de la población (principalmente alcohol sin desnaturalizar y tabaco), debe capacitarse a todos los empleados y se debe implementar la atención farmacéutica por personal profesional, así como apoyar las actividades de promoción y educación para la salud (SSa-COFEPRIS, 2006).

¹³ Como se verá en el Capítulo 4 de las farmacias en la frontera norte de México, no se encontraron diferencias en cuanto a la calidad de la atención prestada por los empleados que recibieron cursos de capacitación, y quienes no lo hicieron.

Entre otros requisitos, una farmacia que cumple con esta guía tiene que ofrecer productos genéricos y una lista de medicamentos esenciales. Sin embargo, no existe información sobre cuántas farmacias ya están certificadas como farmacias modelos, cómo se supervisa el cumplimiento de sus requisitos, y cuáles grupos de interés (asociaciones profesionales farmacéuticas, asociaciones de dueños de las farmacias) apoyan estas guías y su implementación. Ciertamente estos factores son importantes para el éxito de su implementación y adherencia.

Evidentemente, las reformas que se quieran implementar para mejorar la calidad de los servicios en las farmacias privadas tendrán que tomar en cuenta la rentabilidad de las mismas. Sin embargo, ello no impide el desarrollo de estrategias para fortalecer la capacidad del personal de las farmacias, particularmente sobre el uso apropiado de medicamentos. Se puede afirmar que hasta ahora el gobierno mexicano ha perdido la oportunidad de utilizar a las farmacias privadas para mejorar la salud de la población. En muchos países desarrollados las farmacias lideran las campañas de prevención y promoción de la salud por su cercanía a la población y por tener horarios de servicio más amplios que muchos consultorios médicos e instituciones de servicios de salud. Asimismo, experiencias en países en vías de desarrollo han demostrado que se pueden instrumentar estrategias exitosas de capacitación para empleados de farmacias, buscando mejorar la calidad de los servicios que brindan, incluyendo la provisión de información para el cuidado de la salud y el uso adecuado de medicamentos para enfermedades prioritarias (Ross-Degnan *et al.*, 1996; Chuc *et al.*, 2002; Lambert *et al.*, 2005).

Referencias bibliográficas

- ANAFARMEX (2009). *Canasta Básica de Medicamentos*. Asociación Nacional de Farmacias de México, A.C. Disponible en: <https://www.anafarmex.com.mx> (Sección Comunicados, archivos PDF sobre Canasta Básica de Medicamentos. Consultado el 14/10/2010).
- Ángeles-Chimal, P.; Medina-Flores, M. L.; Molina-Rodríguez, J. F (1992). Automedicación en la población urbana de Cuernavaca, Morelos. *Salud Pública de México*, 34, 554-561.
- Barraza, M.; Campos, A. (2007). *Elementos para mejorar la regulación farmacéutica en México: la experiencia del Reino Unido*. México DF: Secretaría de Salud y Embajada Británica México, p. 117.
- Battle, J. (2005). *Pharmaceutical Wars in Mexico: Generics, Politics and the Public*.
- Becker, D.; García, S. G.; Ellertson, C. (2004). Do Mexico City Workers Screen Women for Health Risks when They Sell Oral Contraceptive Pills over-the-Counter? *Contraception*, 69, 295-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2003.11.014>
- Bronfman, M.; Castro, R.; Zúñiga, E.; Miranda, C. (1997). "We do What We Can": Health Service Providers Facing the Utilization Problem. *Salud Pública de México*, 39, 546-553.
- Chuc, N. T.; Larsson, M.; Do, N. T.; Diwan, V. K.; Tomson, G. B. y Falkenberg, T. (2002). Improving Private Pharmacy Practice: a Multi-Intervention Experiment in Hanoi, Vietnam. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1148-1155. doi: [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(02\)00458-4](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(02)00458-4)
- CFEUM (2005). *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud*. 3ra. ed. México DF:

- Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud, p. 41.
- Coronado, E.; Krettekos, C.; Lu, Y. (2007). *Generic Drugs Enable Health and Wealth: Mi Farmacita Pharmacy Franchise Brings Affordable Medicines and Doctors to Mexico's Poor*. World Resources Institute. Disponible en: <https://tinyurl.com/4x3dp93k> (consultado el 08/06/2025).
- El Financiero (2009). *Abre Walmart consultorios en México. Pilotea servicio médico y de laboratorio en sus tiendas*. 19 de febrero.
- El Mañana (2008). Plantean desaparecer farmacias del ISSSTE. *El Mañana*, 20 de noviembre.
- El Siglo de Torreón (2003). *Farmacias familiares sufren competencia*. 12 de septiembre. Disponible en: <https://tinyurl.com/mu27u52v> (consultado el 08/06/2025).
- Farmacia Benavides (2009). *Centro de Información de Medicamentos (CIM)*.
- Farmacias Similares (2008). *Farmacias Similares. Nuestra historia*. Disponible en: <https://tinyurl.com/bder3cec> (consultado el 08/06/2025).
- Fragua (2008). *Farmacia Guadalajara. Concepto SuperFarmacia. Corporativo Fragua*. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc8kbper> (consultado el 08/06/2025).
- Gellert, G.; Pyle, N. (1994). Pharmacy Practice and Antibiotic-Resistant Tuberculosis along the US-Mexico Border. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1577-1578. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.271.20.1577a>
- González-Pier, E.; González-Hernández, A. (2004). *Regulación saludable del sector farmacéutico*. En: Comisión Federal de Competencia. Competencia Económica en México. México DF: Comisión Federal de Competencia.
- Hayden, C. (2007). A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*, 48, 475-495.
- Homedes, N.; Ugalde, A. (2005). *Human Resources: the Cinderella of Health Care Reforms in Latin America*. *Human Resources for Health* 3:1. doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-1>.
- IMS Health (2008). *IMS Retail Drug Monitor October 2008*. International Marketing Services-Health.
- ITESM (2007). Promueven el uso informado de las medicinas a través del Programa “Hacia la Profesionalización de los Dispensadores Farmacéuticos”. *Crónica Intercampus*, 54. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Kroeger, A.; Ocha, H.; Arana, B.; Díaz, A.; Rizzo, N.; García, R.; Flores, W. (2001). Inadequate Drug Advice in the Pharmacies of Guatemala and Mexico: the Scale of the Problem and Explanatory Factors. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 95, 605-616.
- Lambert, M. L.; Delgado, R.; Michaux, G.; Vols, A.; Speybroeck, N.; Van der Stuyft, P. (2005). Collaboration between Private Pharmacies and National Tuberculosis Programme: an Intervention in Bolivia. *Tropical Medicine International Health*, 10, 246-250. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01383.x>
- Leyva Flores, R. (2002) *Las condiciones del consumo de medicamentos en farmacias privadas de México*. Tesis de doctorado del Departamento de Sociología e Investigación Organizacional. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Leyva Flores, R.; Bronfman, P. M.; Erviti, E. J. (2000). Simulated Clients in Drugstores: Prescriptive Behaviour of Drugstore Attendants. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 17, 151-158.
- Leyva Flores, R.; Eriviti-Erice, J.; Kageyama-Escobar M. de la L.; Arredondo, A. (1998). Prescripciones, acceso y gasto en medicamentos en usuarios de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 40, 24-31.

- Leyva Flores, R.; Wirtz, V. J.; Ángeles, A.; Corbett, K. K.; Dreser, A. et al. (2006). *Consumo de Medicamentos en Farmacias Privadas de Morelos en 2006*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Moise, P.; Docteur, E. (2007). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policy*. Paris: Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.
- Ochoa, H.; Hartmann, A.; García, R. (2006). Farmacias comunitarias: en busca del alivio de la enfermedad. *EcoFronteras*, 12-15.
- PMFarma (2007). *WalMart entra en el mercado de medicamentos genéricos*. Disponible en: <https://tinyurl.com/4dp77rb5> (consultado 14/10/2010).
- Ross-Degnan, D.; Soumerai, S. B.; Goel, P. K.; Bates, J.; Makhulo, J.; Dondi, N. et al. (1996). The Impact of Face-to Face Educational Outreach on Diarrhoea Treatment in Pharmacies. *Health Policy Planning*, 11, 308-318. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/11.3.308>
- Rumbo de México (2008). *Propone el PRI crear farmacias populares en el DE*. 3 de diciembre.
- SSa-COFEPRIS (2005). *Hacia una política farmacéutica integral para México*. México: Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- SSa-COFEPRIS (2006). *Procedimiento de modelo para las farmacias mexicanas*. México: Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- SSa-COFEPRIS (2009). *Capacitación en manejo y dispensación de medicamentos en farmacias*. México: Secretaría de Salud-Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bk3uysf> (consultado 08/06/2025).
- SITyF-ISSSTE (1996). *Manual de organización del sistema integral de tiendas y farmacias*. Sistema Integral de Tiendas y Farmacias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Disponible en: <https://tinyurl.com/46yvxdw9> (consultado 08/06/2025).
- Turner, A. N.; Ellertson, C.; Thomas, S.; García, S. (2003). Diagnosis and Treatment of Presumed STIs at Mexican Pharmacies: Survey Results from a Random Sample of Mexico City Pharmacy Attendants. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 224-228. doi: <https://doi.org/10.1136/sti.79.3.224>
- Wirtz, V. J.; Taxis, K.; Dreser, A. (2009). Pharmacy Customer's Knowledge about Side Effects of Purchased Medicines in Mexico. *Tropical Medicine and International Health*, 14, 93-100. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02186.x>

Capítulo 3

Las farmacias de Ciudad Juárez y su impacto en la población fronteriza

Núria Homedes, Antonio Ugalde, Ángel Velarde

Introducción

Los precios de los medicamentos protegidos por patente suelen ser más altos en EEUU que en cualquier otro país del mundo (Minnesota Senior Federation, 2005) por lo que los residentes de los estados cercanos a Canadá o a México cruzan con frecuencia al país vecino en busca de los medicamentos que necesitan (Gross, 2004). Se estima que en 2004 más de dos millones de residentes estadounidenses compraron 12 millones de recetas en Canadá y que se importaron unos US\$ 800 millones en medicamentos comprados en México (Shepherd, 2005). El cruce de fronteras y la compra de medicamentos a precios más asequibles está ocurriendo en muchas partes. Los belgas van a comprar sus medicamentos a Holanda, donde el precio medio de los medicamentos es el 50% más barato (Scrip, 2009), y los argentinos que residen en zonas fronterizas cruzan a Brasil y Paraguay, donde los medicamentos son más económicos (Miradaprofesional, 2009).

En el Mercado Común Europeo se han establecido sistemas que legalizan la compra de medicamentos en los países que ofrecen mejor precio (SCAD- Plus, 2003), pero esto no se ha extendido a otros mercados. Las compras en el extranjero, sobre todo a través de correo e Internet, preocupan porque las agencias reguladoras no pueden controlar si esos medicamentos cumplen con los criterios de calidad y seguridad establecidos (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2009; GAO, 2007; Levaggi *et al.*, 2009; Weiss, 2006).

Con algunas excepciones, en EEUU la importación de medicamentos para uso personal es ilegal, pero se estima que a través de los aeropuertos internacionales de Nueva York, Miami y Chicago entran diariamente 40.000, 30.000 y 4.000 paquetes de medicamentos respectivamente (Shepherd, 2005). La presión por legalizar la compra de medicamentos en Canadá se ha acentuado en los últimos años. En 2003 la Alliance for Retired Americans fletó autobuses para que residentes estadounidenses compraran sus medicamentos en Canadá y la Food and Drug Administration

(FDA) decidió hacer la vista gorda siempre y cuando los pacientes pudieran presentar una receta médica.

El Congreso de los EEUU también ha considerado por lo menos siete proyectos de ley para facilitar la compra en farmacias canadienses y en 2006, pese a la oposición de la industria farmacéutica (Frommer, 2003), permitió la compra personal de hasta tres meses de tratamiento. Al año siguiente aprobó la importación de productos canadienses (Pharmaceutical Market Access and Drug Safety Act of 2007; siempre y cuando se adquirieran en farmacias aprobadas y la FDA garantizase su calidad. La FDA ha dicho repetidas veces que no puede asegurar la calidad de los medicamentos que provienen del extranjero, pero a pesar de eso una docena de gobiernos estatales siguen explorando opciones para comprar en Canadá los medicamentos para los beneficiarios de los seguros públicos de salud (Warn, 2004; NLARx, sin fecha).

Mientras se ha hablado mucho de legalizar la importación de medicamentos canadienses, la importación de medicamentos de México es ilegal y a pesar de que muchos residentes de los estados del sur de EEUU compran sus medicamentos en México no se ha discutido la conveniencia de cambiar la situación. Quizás esto se deba a que las consecuencias que esta práctica conlleva para los residentes del área no están bien documentadas.

Lunday (2001), Nolen *et al.* (2002) y Shepherd (2005; 2007) recomiendan que no se compren medicamentos en México porque no hay sistemas de control de calidad y ha habido un aumento de la presencia de medicamentos falsos, pero algunos dicen que no todos los medicamentos que se califican como falsos son perjudiciales para la salud¹⁴. Las consecuencias para la salud de consumir medicamentos que no contienen los ingredientes y las cantidades que indica la etiqueta podrían ser graves, pero parece que ese problema no es común en la frontera. Si bien la FDA detectó en las farmacias del norte de México la venta de formulaciones falsas, que contenían menor cantidad de la indicada en la etiqueta, de simvastatina (Zocor) y carisoprodol en 2004 y de Lipitor, Viagra y Evista en el 2005 (FDA, 2004; 2005), los estudios de calidad de los medicamentos que se obtienen en las farmacias fronterizas han demostrado que los medicamentos mexicanos cumplen con los estándares de la farmacopea estadounidense (Schwertner & Storrow, 2005; Karlage & Myrdal, 2005).

Los que argumentan en contra de la compra de medicamentos en las farmacias mexicanas también critican que la mayoría de medicamentos se puedan obtener sin prescripción médica, y que la ley solo exija la receta para dispensar sustancias controladas (Calvillo & Lal, 2003; Casner & Guerra, 1992, Nolen *et al.*, 2002). Nuestra hipótesis es que la venta libre de medicamentos que en EEUU precisan receta podría

¹⁴ La definición de medicamento falso es controvertida. Algunos autores incluyen en la definición de medicamento falso aquellos que son ilegales porque, por ejemplo, no cuentan con el etiquetado que requiere la ley, son versiones genéricas de los medicamentos que todavía están protegidos por patentes, o se trata de medicamentos importados que no cumplen los requisitos establecidos por la legislación estadounidense. Otros autores solo consideran medicamentos falsos a aquellos que no contienen el producto o las cantidades de producto que se mencionan en la etiqueta (Otterson & Smith, 2006).

ser un arma de doble filo. Por una parte, las farmacias mexicanas podrían estar siendo un recurso importante para los pacientes crónicos que no tienen acceso a los servicios de salud y requieren medicamentos para controlar la progresión de su enfermedad; por otra parte, es fácil especular que el fácil acceso a los medicamentos podría conllevar un consumo exagerado de fármacos, con el correspondiente riesgo para el paciente de sufrir reacciones adversas e interacciones medicamentosas. Además, el abuso de los antibióticos podría contribuir a un aumento de la resistencia microbiana, lo que tendría repercusiones para toda la comunidad fronteriza.

En este estudio exploramos la contribución de las farmacias de Ciudad Juárez a la salud fronteriza. Partiendo de la base de que los medicamentos que se venden en las farmacias mexicanas son eficaces y seguros, quisimos documentar las características de los clientes que acudieron a una muestra de farmacias de Ciudad Juárez, de las personas que iban a consumir los medicamentos (lugar de residencia, problema de salud y tenencia de seguro de salud) y el tipo de medicamentos que se dispensaron. También se estudiaron, pero los resultados se presentan en el próximo capítulo de este volumen, las circunstancias que rodearon al proceso de dispensación (entrega de receta y comunicación entre el dependiente y el cliente) y los conocimientos y características de las personas que dispensaron estos medicamentos.

Características de la frontera México-EEUU

La región de la frontera México-EEUU se ha definido oficialmente como la franja que cubre 100 kilómetros al norte y al sur de los 3.152 kilómetros de línea fronteriza y, según el censo del 2000, tiene unos 13 millones de habitantes divididos casi equitativamente entre México y EEUU. Es una población joven de crecimiento poblacional rápido, hasta el 3,5% anual en algunos municipios, que atrae a inmigrantes del sur esperanzados por la oportunidad de trabajar en la industria maquiladora y/o de poder cruzar a EEUU. Desde el punto de vista económico, mientras en el lado mexicano se encuentran algunas de las ciudades más prósperas de México (Tijuana, Mexicali, Ciudad Juárez), un buen número de las ciudades más pobres de EEUU se encuentran en dicha frontera. Étnicamente el 50% de los residentes en el lado estadounidense son de origen hispano y la gran mayoría de ellos (más del 70%) proviene de México.

El 80% de los residentes fronterizos vive en 14 pares de ciudades *hermanas*, es decir áreas metropolitanas que están divididas por una frontera internacional. Hay pocos lugares en el mundo donde una frontera divide comunidades que a juicio de cualquier turista aparentan ser muy diferentes (nivel económico, organización política y social, y últimamente niveles de violencia y seguridad) y que a la vez están tan íntimamente vinculadas por lazos familiares, culturales y económicos.

En el sector salud, varios investigadores han documentado que los bajos ingresos, el alto porcentaje de familias que residen en el lado estadounidense¹ y que no tienen seguro de salud (superior al 25%), la cercanía cultural con México, y la escasez de profesionales sanitarios en el sur de EEUU, ocasionan que con frecuencia los residentes estadounidenses crucen la frontera para recibir servicios de salud en México (Escobedo & Cárdenas, 2006; Homedes & Labrec, 1991; Homedes & Ugalde, 2003; Landeck & Garza, 2002; LRGV 1989; 1991; Macias & Morales, 2001; Schneider, 1997; Warner, 1991; Warner & Reed, 1993). La proporción de estadounidenses que se atiende en México podría aumentar si los planes de algunos empresarios mexicanos de atraer el turismo de la salud hacia México tuvieran éxito (Frontera NorteSur, 2009).

Por otra parte, residentes mexicanos con capacidad económica reciben servicios de salud en EEUU, y las embarazadas también prefieren dar a luz en el lado estadounidense para que sus hijos puedan beneficiarse de las oportunidades que ofrece este país. Esta compra de servicios en el país vecino ocurre por iniciativa de los usuarios, sin que hasta la fecha las iniciativas por establecer mecanismos formales de coordinación entre los sistemas de salud de ambos países hayan prosperado (Smith, 2001; Warner, 1999; Warner & Schneider, 2004).

Otro tema conocido, pero menos estudiado es el papel de las farmacias mexicanas en la salud de los residentes fronterizos. Estudios realizados a lo largo de la frontera han documentado que la compra de medicamentos en México por parte de residentes del otro lado de la frontera es una práctica frecuente.

Encuestas ejecutadas en la década de 1990 en ciudades fronterizas de Texas demostraron que el 25% de los residentes en esas comunidades había comprado medicamentos en México (Warner, 1991; LRGV, 1989; 1991) y según Families USA (1992) el 32% de los residentes fronterizos había comprado medicamentos en las farmacias mexicanas. Un estudio realizado en una farmacia ubicada a cuadra y media de la frontera de un pequeño pueblo mexicano (Nuevo Progreso) documentó que el 95% de los clientes era residente de EEUU (Calvillo & Lal, 2003). Esta era una de las nueve farmacias ubicadas a dos o tres cuerdas del puente que une a los dos países. La página web de Nuevo Progreso anuncia como uno de los atractivos para el *turismo* los bajos precios de los medicamentos. Rivera *et al.* (2009) concluyeron que una tercera parte de los residentes de El Paso cruzó la frontera para comprar medicamentos. Escobedo y Cárdenas (2006) encontraron que el 22% de los residentes del sur del estado de Nuevo México —que residen algo más distante de la frontera con México— había comprado medicamentos en México.

¹ Las personas que residen en El Paso pueden ser ciudadanos mexicanos y hay ciudadanos estadounidenses que residen en Ciudad Juárez.

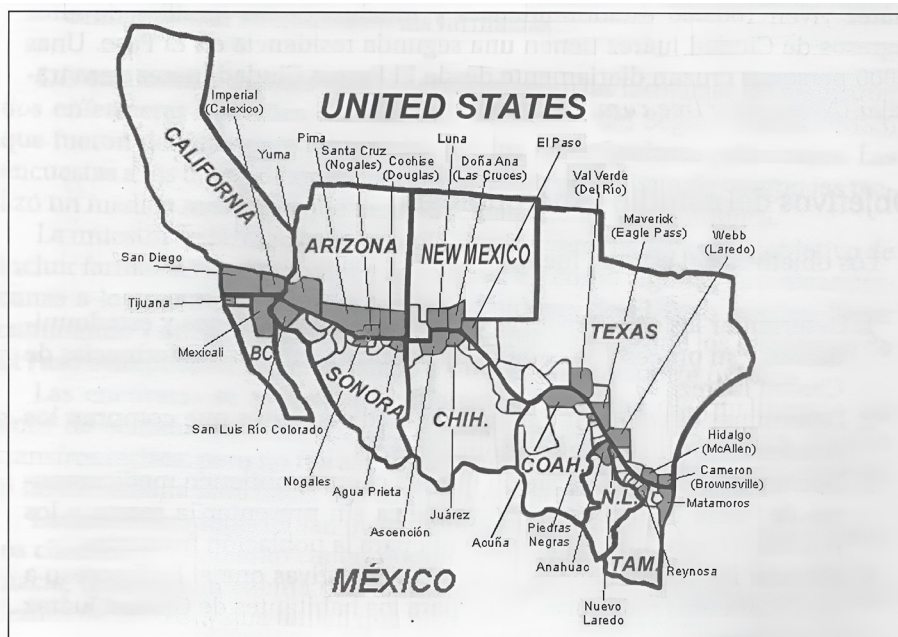


Figura 3.1. Mapa de la frontera EEUU-México.

El porcentaje de individuos que compran medicamentos en México es mayor entre los enfermos e inmigrantes pobres. El 81% de los usuarios de una clínica para indigentes de El Paso había comprado medicamentos en Ciudad Juárez y el 79% los había adquirido sin receta (Casner & Guerra, 1992); y según otro estudio más reciente el 86% de los inmigrantes mexicanos de bajos ingresos había consumido medicamentos mexicanos durante el año previo a la encuesta (Homedes, 2008).

Lo que es menos conocido son los servicios farmacéuticos que ofrecen las farmacias mexicanas de la frontera. Nuestro estudio se realizó en las farmacias de Ciudad Juárez, la ciudad hermana de El Paso. Las comunidades de Ciudad Juárez (México) y El Paso (Texas) constituyen el núcleo urbano con mayor población de la frontera sur de EEUU; en conjunto superan los dos millones de habitantes. A su vez la frontera entre las dos ciudades es el cruce más importante entre los dos países.

Aproximadamente el 16% de los cruces legales de México a Estados Unidos se hacen por los puentes entre Ciudad Juárez y El Paso. En el 2007, una media diaria de 2.145 camiones y casi 90.000 personas entraron legalmente a EEUU por Ciudad Juárez (Bureau of Transportation Statistics, 2006) para trabajar, estudiar, hacer compras o visitar amigos. Se calcula que en Ciudad Juárez viven 160.000 estadounidenses y muchas de las familias de altos ingresos de Ciudad Juárez tienen una segunda residencia en El Paso. Unas 4.000 personas cruzan diariamente desde El Paso a Ciudad Juárez para trabajar (NewspaperTree.com, 26 de febrero, 2009).

Objetivos del estudio y metodología

Los objetivos del estudio fueron:

- 1) Determinar las características de los clientes mexicanos y estadounidenses y su proceso de compra de medicamentos en las farmacias de Ciudad Juárez.
- 2) Determinar el volumen y el tipo de medicamentos que compran los residentes mexicanos y estadounidenses.
- 3) Documentar la frecuencia con que los clientes obtienen medicamentos de venta bajo prescripción médica sin presentar la receta y los posibles riesgos que esto representa para la población fronteriza.
- 4) Elucidar las consecuencias positivas y negativas que el fácil acceso a medicamentos mexicanos tiene para los habitantes de Ciudad Juárez y de El Paso.
- 5) Determinar la mejor metodología para realizar un estudio de estas características en una muestra representativa de las farmacias mexicanas que se ubican en la frontera con EEUU

El estudio se realizó en Ciudad Juárez entre agosto de 2007 y febrero de 2008. Para responder a los objetivos arriba enunciados se desarrollaron las siguientes acciones:

- Se realizaron 230 encuestas a clientes que acudieron a 32 farmacias (9 eran farmacias tradicionales, es decir de un solo dueño, y 23 pertenecían a cinco cadenas diferentes).
- Se observaron 150 interacciones entre el dependiente de la farmacia y el cliente (33 en farmacias tradicionales y 117 en farmacias de cadena, incluyendo la venta de 53 productos que se compraron con receta, 82 productos que se vendieron sin receta y 19 casos en que el cliente pidió consejo).
- Se realizaron 25 encuestas, nueve a empleados de farmacias tradicionales y 16 a dependientes de farmacias de cadena.
- Se hicieron fotografías de los escaparates y de la propaganda de medicamentos que se exhibía en las farmacias.

Las encuestas a clientes y las observaciones en las farmacias las realizaron dos enfermeras bilingües del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que fueron debidamente entrenadas por los investigadores principales. Las encuestas a los dependientes y la coordinación del trabajo de campo las realizó un médico mexicano que tiene una maestría en salud pública.

La muestra de farmacias se escogió por conveniencia y con el objetivo de incluir farmacias tradicionales y de cadena, así como algunas farmacias cercanas a los puentes a las que los consumidores de El Paso pueden llegar caminando y otras en el interior de Ciudad Juárez a las que los residentes de El Paso solo pueden llegar en coche o utilizando transporte público.

Las encuestas se realizaron a diferentes horas del día, incluyendo los fines de semana que era cuando esperábamos encontrar a más clientes transfronterizos, pero

no fue así: los residentes estadounidenses no esperan al fin de semana para hacer sus compras en Ciudad Juárez.

Las entrevistadoras tenían instrucciones de entrevistar y observar a todos los clientes que pudieran captar durante el tiempo que estaban en cada farmacia, teniendo en cuenta que la mitad de las encuestas debían ser a residentes de EEUU y que tenían que observar interacciones entre dependientes y clientes que acudían con y sin receta médica. Los cuestionarios se prepararon en inglés y en español y los entrevistados podían escoger el idioma en que se sentían más cómodos para responder. Todas las entrevistas menos una se realizaron en español². Una vez recopilada la información, se codificaron y digitalizaron las respuestas.

Antes de empezar el estudio el coordinador del trabajo de campo obtuvo el consentimiento de los dueños de las farmacias. Esta etapa fue relativamente sencilla en el caso de las farmacias tradicionales pero las cadenas pusieron más inconvenientes y, tras consultar con las oficinas corporativas, dos de ellas se negaron a participar en el estudio (Smart y Similares). Para preservar la confidencialidad de la información no se obtuvo ningún dato que pudiera identificar a los informantes, se otorgó un código a cada una de las farmacias y el análisis se hizo agregando la información según procediera de farmacias tradicionales o cadenas.

Resultados

Características de las farmacias de Ciudad Juárez

En la Figura 3.2 se puede observar cómo la mayoría de las 306 farmacias privadas que en 2007 tenían el permiso de la municipalidad para operar se acumulan cerca de los puentes fronterizos y en los centros comerciales, indicando la importancia de los clientes transfronterizos. Las notas que tomamos durante el trabajo de campo hablan por sí solas:

Es un fenómeno económico-social lo que se puede observar en la Avenida Juárez (calle que lleva directo y termina en el puente internacional más importante que comunica a ambas ciudades). En esa calle solo se desarrolla el comercio enfocado al visitante de Estados Unidos que cruza ya sea en automóvil o a pie en busca de bienes y servicios a México. Así es que podemos observar: tiendas de licores, casas de artesanías, bares, cantinas, discotecas, casas de cambio, restaurantes y farmacias, muchas farmacias. Las mismas están tan cerca una de otra que llegamos a ver hasta tres farmacias en la misma cuadra del mismo lado y una o más al otro lado de la calle (ver Figura 3.3).

² El protocolo de este estudio fue aprobado por los comités de ética del Centro Médico de la Universidad de Texas en Houston y del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

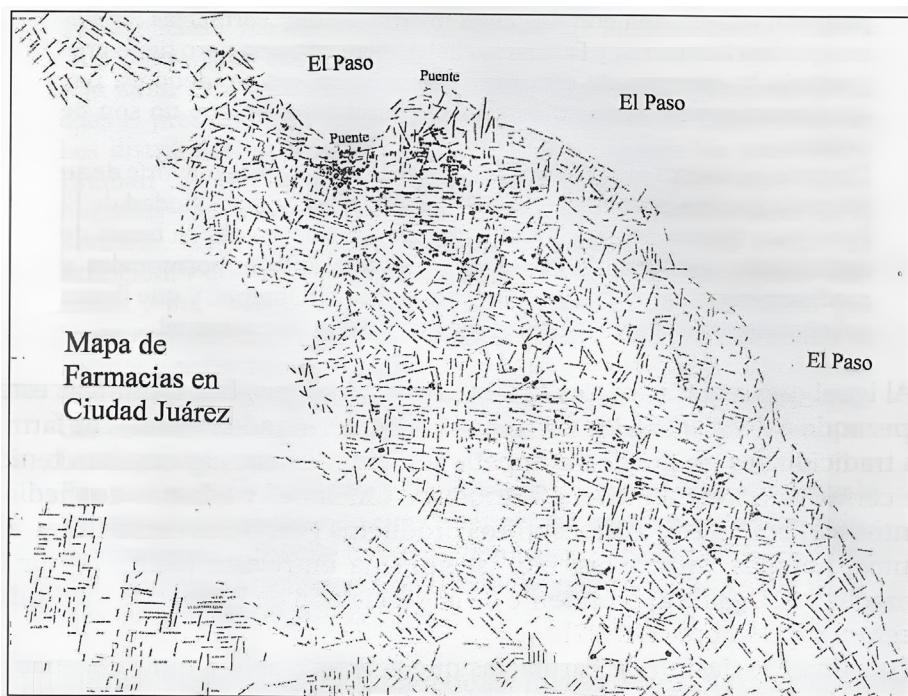


Figura 3.2. Ubicación de farmacias privadas de Ciudad Juárez (puntos negros) en relación a la ubicación de los puentes de cruce hacia la vecina ciudad de El Paso (EEUU).



Figura 3.3. Plétora de farmacias (cadenas Nacional, Benavides y Similares) en las cuadras cercanas a los puentes fronterizos.

Las que principalmente compiten por el mercado de turistas americanos en este cruce internacional son esencialmente: Farmacias Benavides con cinco farmacias en esta calle, dos recientemente abiertas; La Nacional o Califarma con dos en la misma cuadra; Farmacias Similares con tres farmacias; y Farmacias del Ahorro con una, pero tiene programada la apertura de otra más. Además, en sus alrededores, hay aproximadamente otras cinco farmacias individuales que no son de cadena.

Durante mi visita a estas farmacias pude observar que la mayoría de su clientela (podría estimar en un 90%) son residentes de la ciudad de El Paso (raza blanca e hispana), que cruzan a pie el puente en busca de antibióticos, analgésicos opiáceos y no esteroideos, hormonales y medicamentos para la disfunción sexual principalmente; y que llegan solicitando específicamente el producto para su uso personal.

Al igual que en otras partes del mundo, las cadenas farmacéuticas están empezando a desplazar a las farmacias familiares o tradicionales. Las farmacias tradicionales no pueden competir con las cadenas, algunas han tenido que cerrar y otras están diversificando sus funciones y además de medicamentos han empezado a ofrecer otros productos y servicios como flores, alimentos, bebidas, fotocopias, etc. (según una entrevista realizada por Nùria Homedes y Antonio Ugalde al presidente de la Asociación de Farmacias de Ciudad Juárez en septiembre de 2007).

Hay una Asociación de Farmacias que agrupa a solo unas decenas de dueños de farmacias tradicionales, pero a diferencia de lo que está ocurriendo en otros países, no ha tratado de expandir las funciones de los que venden medicamentos. En sus reuniones periódicas se limitan a discutir los cambios en la regulación de la venta de medicamentos y en las directrices de la Comisión Federal para la Protección del Riesgo Sanitario (COFEPRIS)³ y a lamentar el creciente poder de las cadenas. En 2007, 98 de las 306 farmacias de Ciudad Juárez pertenecían a cadenas.

La transformación que están experimentando las farmacias mexicanas está reflejada en los siguientes párrafos que provienen de las notas del trabajo de campo.

El inicio [de la investigación] fue tórpido dado que creí que sería fácil agrupar a todos los dueños de farmacias en una sola reunión, presentarles el estudio y obtener su aprobación de una sola vez, pero no fue así. Como en mis antecedentes está el haber sido vicepresidente y consejero por muchos años en la Cámara Nacional de Comercio y Turismo (CANACO) de Ciudad Juárez, visité al actual presidente (que es mi amigo), le solicité que citara a sesión extraordinaria a todos los dueños de farmacias y me los sentara en una sala de juntas. Pensé que sería fácil, pero... gran desilusión.

A la junta convocada llegaron aproximadamente 30 personas, entre ellas el presidente de la Asociación de Farmacias de Ciudad Juárez. Les distribuí el material informativo y comenzaron los problemas. Estaban en esa reunión 30 dueños de farmacias, pero eran de los negocios pequeños, los que están

³ COFEPRIS es una agencia que depende del Ministerio de Salud de la Nación que tiene, entre otras, la responsabilidad de regular los medicamentos.

establecidos en las colonias, en la periferia, que son negocios personales, familiares y en peligro de extinción, y que según ellos si realizan una venta es meramente ocasional y por coincidencia... [tenían] una actitud tan pesimista que hasta creí sentirme contagiado. Hubo quien a mitad de la sesión se levantó y se fue sin decir nada, otros hasta me insultaron, me dijeron que les estaba haciendo perder su tiempo y que ellos no podían ayudar en el estudio, que fuera con los grandes, que los estaban aniquilando poco a poco.

Fue una reunión muy triste y sin esperanza, por lo que decidí mejor ir de uno en uno, realizando citas y entrevistas personales con los grandes [cadenas]... Solicité nombres, domicilios y teléfonos en la CANACO y comencé a visitarlos: fue así como se pudo acceder a estos negocios para realizar el estudio.

En México, cualquier persona puede ser dueño de una farmacia. Los médicos también pueden ser dueños de farmacias, pero no pueden ejercer dentro de la farmacia. El objetivo de esta norma es evitar los conflictos de interés que pueden ocasionar la sobreprescripción de medicamentos, pero se han encontrado formas de rodear la norma. En Ciudad Juárez la mayoría de las farmacias están ubicadas cerca de consultorios médicos. La mayoría de las 25 farmacias en nuestro estudio están cerca de consultorios médicos; en un caso el dueño de la farmacia es un médico que ofrece consulta en la misma farmacia, aunque desde la calle las entradas al consultorio y a la farmacia están separadas; y dos farmacias tradicionales están dentro de un hospital.

Las farmacias que venden medicamentos controlados necesitan contratar a un químico-farmacéutico-biólogo (QFB) —como se llaman los farmacéuticos en México—, para vigilar la venta de esas sustancias. Las que no venden estos medicamentos no necesitan farmacéuticos. Todas las farmacias que incluimos en este estudio y que venden productos controlados cuentan con un farmacéutico que suele trabajar alrededor de una hora semanal. Solo en una farmacia dijeron que trabajaba cuatro horas por semana y en cuatro dos horas.

El horario de trabajo difiere de farmacia a farmacia; todas están abiertas como mínimo diez horas al día y cuatro de ellas atienden las 24 horas (incluyendo dos de las farmacias tradicionales). Todas las farmacias de cadena tienen horario completo los sábados y los domingos; en cambio solo dos terceras partes de las farmacias tradicionales tienen horario de venta completo los sábados, los domingos tienen horarios muy variables y algunas no abren.

Además de la venta al público, diez farmacias tienen convenios con empresas y surten medicamentos a sus empleados; 17 venden medicamentos controlados; en una dijeron que aplican inyecciones y en otra que controlaban a pacientes diabéticos.

Número de empleados y su formación

El rango del número de dependientes por farmacia es bastante amplio, desde dos dependientes por farmacia hasta trece, con una media de 4,5. Siete de las farmacias

encuestadas cuentan con menos de tres empleados, once tienen entre tres y seis, y las siete restantes más de siete. La edad de los dependientes va desde 18 a 69, con una media de 34. Si se toman todas las farmacias en conjunto hay un equilibrio entre empleados hombres y mujeres, pero en las farmacias tradicionales suelen trabajar más hombres (60%) y esa relación se invierte en las farmacias que pertenecen a cadenas.

Solo doce (11%) de los 113 empleados tenían educación universitaria o formación técnica, 82% había terminado la secundaria y 7% la escuela primaria. No se observaron diferencias importantes por tipo de farmacia. Al preguntarles dónde habían aprendido a manejar medicamentos, solo dos dijeron que, en la universidad, ocho empleados de farmacias tradicionales dijeron que tomando cursos y la gran mayoría (108 o 96%) se entrenaron a través de la práctica. Las notas del trabajo de campo sobre una entrevista con una dueña de farmacia ilustran esta situación:

Menciona que los empleados (dependientes) de su farmacia una vez contratados son entrenados por ella misma (la cual tiene 46 años de edad, solo estudió hasta la secundaria y solamente tiene tres años de experiencia en farmacias, y sus conocimientos los adquirió con la práctica). Nunca les han dado cursos a sus otros siete empleados sobre el manejo de medicamentos.

El 44% de los empleados de las farmacias había hecho algún curso de formación continuada durante el año previo al estudio. Solo hay una cadena que tiene interés en que al año de trabajo en la farmacia todos los empleados reciban una certificación y para ello el empleado tiene que acudir a 20 horas de entrenamiento semanal durante un mes. Este entrenamiento se hace en colaboración con COFEPRIS y es principalmente sobre temas de administración y regulación, incluyendo el manejo de productos controlados.

El resto de los empleados recibieron entrenamiento sobre temas relacionados con la atención al cliente y el proceso de ventas o asistieron a cursos y/o presentaciones patrocinadas por la industria. Uno de los dueños de farmacia nos explicó que:

...debido a este contacto permanente con los visitantes de los laboratorios, los ha presionado para que se comprometan a ofrecer “capacitación y cursos” sobre sus productos a los dependientes de todas sus farmacias, por lo que todos los viernes en las oficinas corporativas de este grupo se pueden ver de diez a quince dependientes tomando las clases que ofrecen los mismos laboratorios.

Ninguno de los entrevistados mencionó que se hubieran impartido cursos para mejorar la dispensación de los medicamentos; los cursos estaban orientados a incrementar las ventas y mejorar los procesos administrativos. El interés en maximizar las ventas se observa con solo mirar los escaparates de las farmacias y leer los múltiples letreros con ofertas y descuentos.

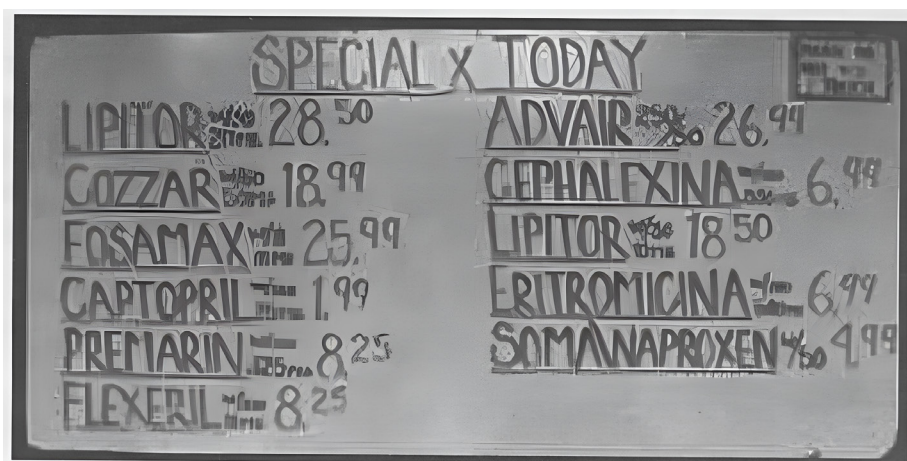


Figura 3.4. Anuncios en inglés sobre los descuentos en medicamentos que ofrecen las farmacias de Ciudad Juárez.

Una de las cadenas incluso utiliza a un empleado “enganchador” que se sitúa en una banqueta en la puerta de la farmacia y tiene como función captar al transeúnte y meterlo al interior de la farmacia. Nuestras notas de campo explican:

Ya dentro, el dependiente continúa con el mismo sistema, rápido y efectivo. Ofrece un medicamento y le da el precio haciendo notar el porcentaje de ahorro que lleva el cliente en esa compra. Si el cliente solicita algo que en la farmacia no existe [el dependiente] se comunica por radio a otras sucursales y tiene un mensajero que inmediatamente traslada el producto a la farmacia en donde está el cliente. Los dependientes ganan sueldo y además reciben una comisión por ventas, es por eso que están motivados a lograr “cerrar” las ventas cuando tienen un cliente frente a ellos. Si el cliente pregunta por un producto que trae 20 tabletas, el dependiente le muestra otro que contiene 100 tabletas por una módica cantidad adicional y un porcentaje de ahorro en esa compra.

A pesar de que los empleados de la farmacia tienen muy poca formación en farmacología y farmacoterapia, todas las farmacias menos tres tradicionales exigen que todos los empleados lleven una bata blanca como uniforme, y en cuatro de esas 22 farmacias los dependientes llevan impresos en sus uniformes anuncios de laboratorios farmacéuticos. Al preguntar qué hacen cuando un cliente llega sin receta, solo el 4% dijo que los referían al médico; el resto contestó que les vendían lo que solicitaban o les recomendaban una conducta terapéutica y les vendían medicamentos.

Como era de esperar, hubo grandes diferencias en el número de años que los empleados han trabajado en las farmacias: el rango fue de menos de un año a 57 años. Al analizar la información por tipo de farmacia se observó que los dependientes de las farmacias tradicionales tenían una media de doce años de experiencia, mientras que los empleados de las cadenas tenían una media de siete años de experiencia

de trabajo en farmacias. El 44% de los empleados dijo que se podían comunicar en inglés.

Características de los clientes de las farmacias

Como se ha mencionado, se hicieron entrevistas a 230 clientes de 32 farmacias distintas, nueve de ellas tradicionales y el resto de cadenas. En la Tabla 3.1. se pueden observar las características de los clientes de las farmacias juarenses, incluyendo el

Tabla 3.1. Distribución de las características de los clientes de las farmacias de Ciudad Juárez según país de residencia (México o EEUU).

	Residentes de México (n=121)	Residentes de EEUU (n=109)
Lugar de trabajo		
Trabajan en México	71%	9%
Trabajan en EEUU	20%	74%
Jubilados/desempleados	9%	17%
Educación		
Educación en México	113	58
Educación en EEUU	8	51
Edad		
<30 años	47	24
30-49 años	47	60
50-69 años	24	22
>70 años	3	3
Llevan medicamentos a EEUU		
Sí	13 (11%)	104 (95%)
No	108 (89%)	5 (5%)
Número de personas para las que compraron medicamentos		
Una	112 (93%)	98 (90%)
Dos	9 (7%)	11 (10%)
Número de medicamentos que compraron		
Total	157	154
Media por cliente	1,3	1,4
Rango	1,3	1,5

Fuente: Elaboración propia.

país de residencia, el país en donde trabajan y han ido a la escuela, el número de personas para las que compraron medicamentos y el número de medicamentos que compraron.

En total se vendieron 311 medicamentos, es decir una media de 1,4 por cliente, que es inferior a lo que habíamos anticipado. La mayoría compró solo un medicamento (165), 53 compraron dos, diez compraron tres, y dos compraron cinco. Los residentes en Ciudad Juárez compraron menos medicamentos que los de El Paso, pero la diferencia no es significativa.

El 93% de los residentes en Ciudad Juárez y el 90% de los residentes en El Paso compraron medicamentos para una sola persona, y el resto lo hicieron para un máximo de dos. El 41% de los clientes (33% de los que residen en El Paso y 48% de los residentes en Ciudad Juárez) no compró medicamentos para ellos mismos sino para terceras personas.

Todos los clientes obtuvieron todos los medicamentos que quisieron excepto cuatro, uno de ellos no tenía suficiente dinero y en los casos restantes las farmacias no tenían el producto. Además, hubo tres personas que no pudieron comprar la cantidad que querían de antimicóticos y óxido de zinc porque la farmacia no tenía las cantidades solicitadas.

Patologías de las personas que consumirán los medicamentos comprados en Ciudad Juárez

En la Tabla 3.2 pueden observarse las características de las personas a las que van destinados los medicamentos. La proporción de consumidores de medicamentos que han sido diagnosticados por un médico es superior entre los compradores que residen en Ciudad Juárez que entre los residentes en El Paso (57% versus 42%). Una buena parte (43%) de los que acuden a comprar medicamentos a las farmacias juarenses tiene seguro de salud y más del 80% de ellos tiene derecho a recibir gratuitamente los medicamentos que necesitan a través de esos seguros. El 76% de los asegurados estaba inscripto en el IMSS, 9% en seguros públicos estadounidenses y 16% tenía seguro privado.

Como puede observarse en la Tabla 3.3., entre las patologías más frecuentes para las que se compraron medicamentos en Ciudad Juárez figuran las enfermedades infecciosas de vías respiratorias altas y gastrointestinales, y problemas crónicos como los dolores articulares, musculares y generalizados; y los problemas cardiovasculares y endocrinológicos, incluyendo la diabetes.

Intentamos estudiar si el medicamento que compró el cliente era el adecuado para los síntomas que presentaba el destinatario del medicamento. Este análisis no pudo realizarse con precisión porque con frecuencia los síntomas eran muy vagos, sin embargo, encontramos situaciones que merecen un comentario. Por ejemplo, las nueve personas que dijeron tener cansancio generalizado y siete personas que

Tabla 3.2. Distribución, en número y porcentaje, de las características de las personas que van a utilizar los medicamentos según el lugar de residencia de quienes los compraron (el denominador es el total de medicamentos comprados).

	Compradores residentes en México (n=157)		Compradores residentes en EEUU (n=153)	
Edad	n	%	n	%
<10 años	25	16	9	6
10-29	43	27	26	17
30-49	60	38	75	49
50+	29	19	43	28
Género				
Hombre	81	52	84	55
Mujer	76	48	69	45
Diagnosticado por médico				
Sí	89	57	65	42
No	64	41	77	50
No sabe	4	3	11	7
El que consumirá el medicamento reside en:				
México	137	87	10	7
EEUU	19	12	143	93
No responde	1	1		-
¿El que consumirá el medicamento tiene seguro?				
Sin seguro	58	37	89	58
Seguridad Social México	69	44	17	11
Seguro público en EEUU	6	5	3	2
Privado EEUU	5	3	13	8
No sabe	19	12	31	20
Nota: dos de las mujeres (un total de 3 medicamentos) para las que un residente de EEUU compró medicamentos estaban embarazadas.				
Fuente: Elaboración propia.				

Tabla 3.3. Distribución del tipo de patologías para las que se compraron los medicamentos por lugar de residencia del usuario (más de una respuesta por usuario).

	Residentes en México (n=143)	Residentes en EEUU (n=160)
Síntomas/diagnósticos		
Fatiga generalizada	8	3
Problemas de vías respiratorias altas	18	21
Problema gastrointestinal	12	10
Gastritis/dolor abdominal	9	10
Problemas ginecológicos	11	12
Dolores articulares, musculares, generalizados	21	13
Infecciones	15	22
Diabetes	4	7
Problemas tiroideos	1	8
Hipertensión arterial y otros problemas cardiovasculares	8	11
Otros síntomas	32	24
No sabe/no contesta	4	19
Fuente: Elaboración propia.		

habían perdido peso recibieron tratamiento con multivitamínicos. No es probable que estos productos les hayan perjudicado, pero su consumo podría enmascarar otros problemas de salud y atrasar el diagnóstico de una patología subyacente. Hay muy pocos problemas de salud que se solucionan con vitaminas (pueden ser útiles como suplementos en la edad reproductiva y durante el embarazo, cuando hay un síndrome de malabsorción y para algunas enfermedades propias de los pacientes de edad avanzada); la gran mayoría de personas con una nutrición adecuada no requiere suplementos vitamínicos.

Tres personas con aumento de peso recibieron anorexígenos o hiporéxicos cuando lo que seguramente necesitaban era cambiar sus hábitos y hacer ejercicio. Este tratamiento farmacológico sí podría tener consecuencias negativas para el paciente. Trece personas con tos húmeda recibieron antitusivos, los cuales solo deberían utilizarse por la noche cuando la tos impide el sueño y lo adecuado hubiera sido recomendar agua y en caso necesario analgésicos.

Quince de las 19 personas con infección en las vías respiratorias altas tomaron antibióticos, seguramente de forma innecesaria. A la mayoría de las personas que dijeron tener dolor de garganta se les vendieron antibióticos sin comprobar si había una infección bacteriana. También se dispensaron antibióticos de forma incorrecta a la mitad de las personas que dijeron tener diarrea o infección gastrointestinal; y a una tercera parte de esas personas además se les vendió antidiarreicos, que también están contraindicados y solo deben consumirse cuando el paciente no puede interrumpir sus actividades diarias.

Una persona con pirosis y dispepsia recibió un analgésico. En este caso el analgésico podría empeorar los síntomas.

Los medicamentos que se compraron en las farmacias juarenses

Solo el 38% de los medicamentos se obtuvo con receta. La mayoría de las recetas (90%), incluyendo el 68% de las recetas que entregaron los residentes estadounidenses, habían sido emitidas por médicos mexicanos. Los medicamentos con estrecho margen terapéutico (anticoagulantes, fibrinolíticos y antiepilépticos) se vendieron siempre con receta.

Las farmacias mexicanas no retienen las recetas al entregar los medicamentos — excepto cuando se trata de productos controlados— y los pacientes pueden reutilizar la misma receta las veces que quieran, es decir que la entrega de la receta no garantiza que el paciente esté bajo la supervisión de un profesional de la salud. Las recetas deben incluir información sobre las indicaciones y la forma como el paciente debe consumir el medicamento (dosis, intervalo, duración del tratamiento y advertencias especiales sobre la forma de consumir el producto), y son la principal fuente de información sobre el medicamento que tiene el paciente.

Entre los medicamentos más vendidos en las farmacias estudiadas figuran antibióticos, analgésicos, antihipertensivos, antiulcerosos de tubo digestivo, minerales/vitaminas/nutrientes, antimicóticos, antitusivos, hipoglucemiantes y sales combinadas (ver Tabla 3.4).

Alguno de los medicamentos que se compraron en México son de escaso valor terapéutico, pero otros pueden ser contraproducentes. Por ejemplo, la tos y la diarrea son mecanismos de defensa que tiene el cuerpo y solo en casos excepcionales se recomienda el uso de antidiarreicos y antitusivos. Llama la atención que una tercera parte de los antitusivos y el 57% de los antidiarreicos que se compraron en las farmacias juarenses habían sido recomendados por médicos. Los flebotónicos carecen de valor terapéutico y como hemos dicho antes, si los consumidores tuvieran una dieta balanceada, en la mayoría de casos no necesitarían comprar vitaminas ni otros suplementos.

Tabla 3.4. Porcentaje de los medicamentos que se dispensaron con receta, y número de los medicamentos que se dispensaron sin receta según origen de la recomendación; por tipo de medicamento y según país de residencia del cliente.

Medicamentos	Total*	Traen receta		Si no hay receta, compran por recomendación					
		% con receta		Se automedican		Farmacéutico		Médico	
		Méx	EEUU	Méx	EEUU	Méx	EEUU	Méx	EEUU
Analgésicos	49	32,2	38,9	10	5	2	-	6	6
Antibióticos	54	50,0	25,0	5	20	4	3	-	1
Antimicóticos	11	83,0	20,0	-	3	1	-	-	-
Antivirales	2	-	0,0	-	1	-	1	-	-
Antihistamínicos	7	50,0	0,0	1	-	2	1	-	-
Hipoglucemiantes	9	50,0	100,0	-	-	-	-	2	-
Antiparasitarios	5	66,6	0,0	1	2	-	-	-	-
Analgésicos opiáceos	9	0,0	0,0	1	5	2	1	-	-
Antitusivos	11	28,6	0,0	5	2	-	-	-	2
Antidiarreicos	7	40,0	100,0	2	-	-	-	1	-
Anticoagulantes	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Hormonales femeninos	8	0,0	0,0	1	6	-	-	-	1
Antiulcerosos de tubo digestivo	15	44,4	50,0	6	1	-	1	1	-
Antihipertensivos	26	42,8	10,5	3	11	-	2	1	2
Antisépticos locales	5	66,7	0,0	1	1	-	-	-	1
Antieméticos	2	-	0,0	-	2	-	-	-	-
Flebotónicos	2	0,0	-	2	-	-	-	-	-
Broncodilatadores	4	100,0	33,3	-	-	-	-	-	2
Fibrinolíticos	1	-	100,0	-	-	-	-	-	-
Antiepilépticos	3	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-
Antivertiginosos	2	100,0	0,0	-	-	-	-	-	1
Antidepresivos/ansiolíticos	3	100,0	0,0	-	2	-	-	-	-
Antiosteoporóticos	2	-	50,0	-	-	-	-	-	1
Anestésicos locales	3	67,0	-	1	-	-	-	-	-
Nootrópicos	6	100,0	0,0	-	1	-	-	-	2
Hipolipemiantes	3	-	66,7	-	1	-	-	-	-
Antihemorroidales	1	0,0	-	1	-	-	-	-	-
Estimulantes del apetito	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Vitaminas/minerales nutrientes	13	50,0	40,0	4	1	-	-	-	2
Oftalmológicos	3	100,0	0,0	-	1	-	-	-	-
Testosterona	1	-	0,0	1	-	-	-	-	-
Sales combinadas	29	50,0	85,7	4	1	1	-	-	-
Hiporéxicos	6	0,0	40,0	1	2	-	1	-	-
Corticosteroides	7	50,0	20,0	-	-	-	1	1	1
TOTAL	311			50	68	12	11	12	22

*Incluye los 18 medicamentos recomendados por otros (por ejemplo, curanderos)

Fuente: Elaboración propia.

Algunos de los medicamentos combinados pueden ser útiles, como la combinación de sulfonilureas y biguanidas, o los diuréticos con inhibidores de la angiotensina II, las biguanidas con las tiazolidinadionas y los diuréticos con los betabloqueantes; sin embargo se dispensaron medicamentos combinados que se consideran irracionales (una combinación de varios antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y de estos mismos combinados con relajantes musculares, con vitamina B o con vasoconstrictores; penicilinas con antidiarreicos; antihistamínicos con esteroides; antimicóticos con antibióticos).

Encontramos que las cantidades de jarabes e inyectables eran adecuadas para tratar un episodio; solo un paciente compró seis ampollas de analgésicos opiáceos, y otro, diez ampollas de broncodilatadores. Cuando los medicamentos se vendieron en forma de cápsulas o pastillas, en el 75% de los casos se compró la cantidad necesaria para tratar un episodio o como máximo un mes de tratamiento para enfermedades crónicas. Sin embargo, encontramos cuatro personas que compraron más de 100 cápsulas de antibióticos, una persona que compró más de 200 cápsulas de antitusivos, dos personas que compraron hasta 250 cápsulas de nootrópicos (medicamentos para problemas tiroideos), dos que compraron más de 100 pastillas para controlar el apetito y cuatro mujeres que compraron anticonceptivos para diez meses. El 90% de los que compraron más de 100 cápsulas de un mismo producto eran residentes de EEUU. Por otra parte, el 7% de los clientes que compró antibióticos en cápsulas compró cantidades inferiores a las necesarias para terminar un tratamiento completo, facilitando así el desarrollo de resistencias microbianas a los mismos.

Automedicación

El 47% de los medicamentos que se iban a consumir en México y el 71% de los destinados a residentes de El Paso se dispensaron sin receta: dos terceras partes los estaban consumiendo por iniciativa propia, el 20% habían sido recomendados por un médico y el 12% por un farmacéutico.

El 70% de los medicamentos que se dispensaron sin receta eran para familiares o amigos de la persona que hizo la compra, es decir que esas personas no podrían beneficiarse directamente de las recomendaciones del dependiente de la farmacia, con la limitación adicional de que en México la información contenida en el prospecto o en la caja del medicamento es muy limitada.

Llama la atención que, aunque la ley mexicana no lo permite, en las farmacias de Ciudad Juárez se pueden obtener productos controlados sin receta. Dos terceras partes de los consumidores de antidepresivos se estaban automedicando y los ocho pacientes que consumieron analgésicos opiáceos los obtuvieron sin receta en dos farmacias de cadena.

Preocupa también, por las repercusiones negativas que esto puede tener para la salud de los consumidores, la elevada automedicación con antibióticos, antihipertensivos, nootrópicos e hiporéxicos. Cuatro de cada cinco pacientes que consumieron

antihipertensivos y cinco de los seis que siguen tratamiento por un problema de tiroides obtuvieron sus medicamentos sin receta. Una tercera parte de los que se automedicaban con antihipertensivos y el 40% de los que lo hacían con nootrópicos dijeron que un médico les había recomendado esos medicamentos. Aunque no preguntamos cuando habían visto al médico que les recomendó este tratamiento por última vez, es fácil deducir que la mayoría de estos pacientes no estaban bajo supervisión médica y por lo tanto nadie estaba monitoreando si las dosis que consumían seguían siendo las adecuadas para su estado de salud. Hay información anecdótica que sugiere que algunas mujeres compran nootrópicos para perder peso, desconociendo las consecuencias negativas que pueden tener para su salud. El 65% de los antibióticos y todas las hormonas sexuales (testosterona y contraceptivos hormonales) se obtuvieron sin receta. En la gran mayoría de los casos estos productos se compraron a solicitud del paciente; los farmacéuticos solo recomendaron el 20% de los antibióticos que se vendieron sin receta.

Problemas y estrategias para cruzar los medicamentos a través de la frontera

A las personas que llevaban medicamentos para residentes en EEUU (trece residentes en México y 104 de EEUU), se les preguntó por la frecuencia con que compran medicamentos en Ciudad Juárez para residentes estadounidenses, y documentamos que el 58% lo hace solo esporádicamente, el 14,5% una vez por trimestre, el 22% una vez al mes y solo el 5% lo hace cada quince días o semanalmente. Entre los residentes en Ciudad Juárez solo el 23% trae medicamentos a EEUU regularmente.

Excepto diez, todas las personas que compran medicamentos en Ciudad Juárez para residentes de El Paso dijeron que siempre han comprado medicamentos con la misma frecuencia. Las diez que dijeron haber reducido la frecuencia de compra comentaron que ahora en el cruce de la frontera hay que hacer unas colas muy largas y también que tenían dificultades para obtener transporte.

Cuando se pidió que enumeraran las razones por las que compran los medicamentos (se aceptaron hasta tres respuestas por entrevistado), el 81% de los entrevistados dijo que compra medicamentos en México porque piensa que son más baratos, el 37% porque tiene confianza en el producto y otro 37% porque puede comprar el medicamento sin receta.

La mayoría de los clientes piensa que la calidad de los medicamentos es la misma en EEUU y en México, pero un 13% cree que los medicamentos mexicanos son mejores y solo el 2% piensa que son mejores los de EEUU.

Solo seis personas de las 117 que cruzan medicamentos a EEUU han tenido problemas en la frontera. Las seis personas declararon las medicinas y se las quitaron, en cuatro casos porque no tenían receta y en los otros dos casos no saben las razones,

“solo se las quitaron”. Los medicamentos confiscados fueron hipoglucemiantes, nootrópicos y antihipertensivos.

Entre los entrevistados que compartieron las estrategias que utilizan para cruzar los medicamentos a través de la frontera (66%), la mayoría dijo que los esconden y no los declaran (52%), otros que los declaran (34%), el 26% se ampara en una receta médica de México y el 10% con una receta de EEUU. Además, uno de cada seis compradores agrupa los medicamentos en menos cajas para evitar que les cuestionen la cantidad (se aceptaron hasta tres respuestas por entrevistado).

A los clientes que cruzan la frontera con medicamentos les pedimos su opinión sobre la política de EEUU respecto a la importación de medicamentos mexicanos. La gran mayoría de los clientes dijo desconocer la política de EEUU y entre los que dijeron conocerla (15 personas) el 73% pensaba que estaba mal —incluyendo el 100% de los residentes en México y el 67% de los residentes en EEUU— porque en su opinión habría que facilitar el acceso a los medicamentos que benefician a los pacientes. Los que dijeron que la política de EEUU es acertada, todos ellos residentes de EEUU, piensan que los medicamentos y las farmacias de México no son tan confiables como las de EEUU. Al preguntarles si querían añadir algún comentario, diez personas comentaron que les gustaría que dejaran entrar libremente los medicamentos en EEUU.

Discusión

Todas las fronteras son diferentes, pero algunas de las lecciones aprendidas en este trabajo pueden tener aplicación también en las fronteras de otros países. Los resultados de este estudio confirman que las farmacias mexicanas son un recurso que utilizan frecuentemente los que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud en EEUU. En esto los residentes de la frontera se comportan como otros ciudadanos de México (Leyva Flores *et al.*, 2001) y otros países latinoamericanos (Bolaños, 2005; Danhier *et al.*, 1984; DURG-LA, 1997; Heinick *et al.*, 1998; Lalama, 1999; Malek, 1994) en donde se ha demostrado que, si los pacientes tienen que escoger entre pagar la visita médica para obtener un diagnóstico o comprar medicamentos, optan por ir directamente a la farmacia y obtener el producto que piensan les solucionará el problema.

La gran mayoría de las compras de medicamentos se realizaron sin receta y la gran mayoría de las recetas que entregaron los residentes de El Paso fueron escritas por un prescriptor mexicano, lo que sugiere que los estadounidenses, aun aquellos que tienen seguro de salud, tienen dificultades para recibir servicios médicos oportunos en El Paso.

Casi la mitad de los residentes mexicanos para los que se compraron medicamentos en las farmacias privadas estaban asegurados por el IMSS y tienen derecho a recibir sus medicamentos gratuitamente a través de las farmacias de esa institución. El que haya tantos beneficiarios del IMSS que deciden pagar por los medicamentos podría indicar que hay desabastecimiento en sus farmacias, que los pacientes tienen

problemas para acceder a los servicios, que se sienten seguros automedicándose o que no confían en el médico del IMSS.

Algunos clientes están comprando medicamentos de escaso valor terapéutico y otros que podrían ser contraproducentes. A veces esas compras irracionales se hacen con receta médica (antitusivos, antidiarreicos, hiporéxicos, sales combinadas), pero la frecuencia con la que los pacientes se automedican con productos poco útiles (antitusivos, flebotónicos, hiporéxicos) o que si se consumen inadecuadamente pueden ser contraproducentes (antibióticos, antihipertensivos, nootrópicos, hiporéxicos), es todavía mayor. Sería ilusorio esperar que los dependientes de las farmacias contribuyan a disminuir las ventas de estos productos, pero sí se podría conseguir que la venta se acompañase de material educativo, sobre todo cuando se trate de medicamentos que si no se utilizan adecuadamente pueden ocasionar daños a la salud.

La producción y distribución de estos folletos informativos es muy importante dada la elevada prevalencia de automedicación, el número de clientes que compran medicamentos para terceros y la incapacidad de los dependientes de farmacia para educar a los clientes en el uso adecuado de los medicamentos. Esta iniciativa podría ser liderada por las secretarías de salud (federal o estatales), por las propias farmacias o asociaciones de farmacéuticos, por centros académicos o por asociaciones de consumidores.

En cualquier caso, la producción de estos folletos debería estar en manos de personal técnico que pueda analizar y condensar información independiente sobre medicamentos, no debería delegarse ni hacerse en colaboración con la industria, y debería involucrar a comunicadores sociales para asegurar que los mensajes sean entendibles por los ciudadanos mexicanos de bajo nivel de educación. Estos folletos también deberían indicar la importancia de consultar con el médico, sobre todo en el caso de padecimientos crónicos que requieren ajustes periódicos a la medicación.

Llama mucho la atención que todos los analgésicos opiáceos se hubieran obtenido sin receta, contraviniendo la legislación mexicana, y en un momento que COFEPRIS, al igual que muchas otras entidades reguladoras de medicamentos, había lanzado una campaña para limitar la venta al público de los productos con efedrina para evitar que se utilizaran para producir metanfetaminas (Chaparro, 2007). Por la información que hemos podido recabar parecería que las farmacias tienen formas de conseguir recetas de sustancias controladas que anexan a las ventas de esos productos y así cumplen con el requisito burocrático que impone la legislación. Dada la prevalencia de esta práctica, pensamos que COFEPRIS debería tener sistemas de vigilancia activa para asegurar que se cumpla la ley en el momento de dispensar el medicamento.

Los anticonceptivos también se vendieron todos sin receta y por iniciativa de las pacientes; este fenómeno ya lo habían documentado otros investigadores (Becker *et al.*, 2004) pero no todos están de acuerdo en que la venta de estos medicamentos solo se deba hacer bajo prescripción médica. En el mundo ideal todas las mujeres que consumen anticonceptivos deberían consultar anualmente con un médico, pero muchos han señalado que cuando hay barreras de acceso al profesional médico quizás el riesgo de un embarazo no deseado es peor que los efectos secundarios de los

anticonceptivos que se hubieran podido evitar si la mujer hubiera consultado con un médico. La solución real a este problema sería que el ministerio y las secretarías estatales de salud aumentasen la disponibilidad y el acceso a programas de planificación familiar.

El 65% de los antibióticos se vendieron sin receta, pero los médicos también prescribieron antibióticos para problemas de salud que no los requerían. Quince de las 19 personas que dijeron tener una infección de vías respiratorias altas y la mitad de los que tenían diarrea o infección gastrointestinal recibieron tratamiento antibiótico. La sobreutilización de los antibióticos es una práctica generalizada (WHO, 2009) que ha provocado el aumento de la resistencia microbiana a los antibióticos de uso común, con lo cual tenemos un número creciente de infecciones que el arsenal terapéutico existente no puede combatir. EEUU tiene una de las tasas más elevadas de resistencia antibacteriana (Belotserkovsky, 2009) y a pesar de los esfuerzos que se han hecho (Spatuzza, 2002) este problema también está afectando considerablemente a los países latinoamericanos, incluyendo México (React, 2008). Los países del norte de Europa (Finlandia, Suecia, Dinamarca y Noruega) han adoptado estrategias que les han permitido contener el desarrollo de resistencias, y los residentes de la frontera tienen mucho que aprender de su experiencia (Belotserkovsky, 2009).

Contrastando con nuestra hipótesis de estudio, la mayoría de los clientes compraron cantidades pequeñas de medicamentos. Solo 13 personas compraron cantidades exageradas de antibióticos, anticonceptivos, antitusivos, medicamentos para la tiroides y para perder el apetito. El 90% de los que compraron cantidades exageradas eran residentes de El Paso y con excepción de los anticonceptivos y los antitusivos, el resto son productos que mal utilizados pueden tener repercusiones negativas para la salud.

La razón principal por la que los residentes en El Paso dijeron que prefieren comprar medicamentos en México fue el precio. Para cuantificar las diferencias de precios entre ambos lados de la frontera recabamos información sobre el precio de los quince productos más solicitados en las farmacias juarenses; ninguno de ellos está protegido por patente y los comparamos con los precios de esos mismos productos en las farmacias de Walmart y de Walgreens (una de las cadenas más grandes de EEUU) y en las farmacias de los centros comunitarios de salud de este país.

Los resultados fueron bastante sorprendentes. Walmart tenía los mejores precios para la cefalexina de 500 mg, el paracetamol de 500 mg, el diclofenaco de 75 mg, el ibuprofeno de 200, 400 y 800 mg y las multivitaminas. La amoxicilina de 500 mg, el paracetamol infantil, la glibenclamida de 5 mg, el glyburide de 5 mg, el jarabe de dextrometorfano, el omeprazol y el sildenafil eran más baratos en algunas de las farmacias de México (no en todas porque las diferencias de precio entre las farmacias mexicanas son considerables). Walgreens ofrecía el mejor precio para el propranolol de 40 mg, y los centros de salud comunitaria tenían en mejor precio para la insulina NPH y el nifedipino. No todos los residentes estadounidenses califican para comprar en las farmacias de los centros de salud comunitarios, pero es probable que una buena proporción de los que compran medicamentos en México sí lo hagan.

De esta información se deduce que especialmente desde que Walmart lanzó su programa de medicamentos genéricos a cuatro dólares por mes, los precios de las farmacias mexicanas han perdido parte de su atractivo, aunque probablemente los productos protegidos por patente sigan siendo más baratos en México. Walmart ofrece un programa similar en México y la dotación mensual de esos productos cuesta 39 pesos, que antes de la reciente devaluación equivalía a cuatro dólares, pero ahora son poco más de dos dólares. Es decir que Walmart México podría estar ofreciendo los mejores precios, pero tiene el inconveniente de no ser accesible a los peatones que cruzan desde El Paso.

Los que cruzan la frontera en busca de mejores precios se beneficiarían comparando precios en varias farmacias juarenses y en El Paso. Las farmacias mexicanas seguirán siendo atractivas para los que confían en los productos mexicanos y para los que crean necesitar medicamentos y no pueden acceder al médico para obtener la receta.

Por último, llama la atención que, siendo la frontera tan permeable, la legislación y las normas de importación de medicamentos mexicanos sean imprecisas. Como se ha visto, la mayoría de los entrevistados ignoraban las normas y las farmacias no ofrecían ninguna información al respecto. Esto contrasta con la experiencia del que compra en los supermercados, donde todos los empleados saben los productos que se puede importar en EEUU y cómo debe hacerse. En el caso de los alimentos, el mismo gobierno estadounidense ofrece información sobre la importación de alimentos en los letreros que se leen al acercarse a los cruces fronterizos.

Una posible explicación de la falta de información es que el gobierno de EEUU tiene una postura ambigua. La ley prohíbe la importación de medicamentos, pero en la práctica tolera que se importen pequeñas cantidades para uso personal (hasta tres meses de abastecimiento). Con ello se permite que los que se han enfermado en el extranjero puedan continuar su tratamiento mientras buscan a su proveedor de salud en EEUU, pero la ley no fue diseñada para los pacientes transfronterizos que se abastecen rutinariamente en México. La mayoría de los entrevistados pudieron cruzar los medicamentos sin problemas, pero también se detectaron algunos casos en que se confiscaron medicamentos sin que el afectado supiera las razones. Quizás en este momento es preferible no llamar mucho la atención sobre este tema para que los que se benefician comprando medicamentos en México puedan seguir haciéndolo sin problemas.

Conclusión

Mientras haya estadounidenses sin acceso a los servicios de salud, las farmacias mexicanas seguirán siendo un recurso para obtener los medicamentos que necesitan. El atractivo de las farmacias ya no es el precio sino el poder obtener medicamentos sin receta, que es la única alternativa de algunos pacientes crónicos que probablemente estarían en peores condiciones físicas si no pudieran comprarlos en México.

En este estudio hemos documentado que un elevado porcentaje de los que compran en las farmacias mexicanas se está automedicando, y que con frecuencia los residentes consumen medicamentos inútiles u otros que utilizados inadecuadamente podrían ser contraproducentes. Si las farmacias mexicanas, además de su interés comercial, quisieran contribuir a proteger y mejorar los niveles de salud de la población fronteriza, deberían proveer información escrita sobre el buen manejo de los problemas de salud más prevalentes y sobre el uso adecuado de los medicamentos, especialmente de aquellos que cuando se utilizan mal podrían ser contraproducentes. Además, los residentes fronterizos se beneficiarían de una campaña binacional sobre uso adecuado de antibióticos que incluyera también a los prescriptores.

Referencias bibliográficas

- Becker, D.; García, S. G.; Ellertson, C. (2004). Do Mexico City Workers Screen Women for Health Risks when They Sell Oral Contraceptive Pills over-the-Counter? *Contraception*, 69, 295-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2003.11.014>
- Belotserkovsky, M. (2009). Commentary to "Emerging Queries on the Legitimacy and Validity of Globalization of Clinical Trials". *Clinical Trial Magnifier*, 2, 214-216.
- Bolaños, H. (2005). Responsible Self-Medication in Latin America. *Drug Information Journal*, 39, 99-107. doi: <https://doi.org/10.1177/009286150503900113>
- Bureau of Transportation Statistics. U.S. Department of Transportation. (2006). Tables 1 to 45 US-Mexican Border. Land-Pasenger Gateways: Entering the United States (Updated December 2006). Disponible en: <https://tinyurl.com/y3rjr9s> (consultado el 08/06/2025).
- Calvillo, J.; Lal, L. (2003). Pilot Study of a Survey of US Residents Purchasing Medications in México: Demographics, Reasons, and Types of Medications Purchased. *Clinical Therapeutics*, 25, 561-577. doi: [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(03\)80097-8](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(03)80097-8)
- Casner, P; Guerra, L. (1992). Purchasing Prescription Medication in Mexico without a Prescription: the Experience at the Border. *Western Journal of Medicine*, 165, 512-516.
- Chaparro, R. (2007). Otorgan prórroga para la venta de antigripales sin receta. *El Diario* (Ciudad Juárez). 20 de julio.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2009). *Venta de Medicamentos en Internet: riesgo de falsificaciones*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3dpzsp29> (consultado el 25/05/2025).
- Danhier, C. A.; Brieva, J.; Yates, T.; Villegas, G.; Pérez, H. (1984). Prescripción y dispensación de sulfonamidas, antisépticos urinarios y antiparasitarios en Concepción, Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 97, 478-490.
- Drug Utilization Research Group, Latin America (DURG-LA, 1997). Multicenter Study on Self-Medication and Self-Prescription in Six Latin American Countries. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 61, 488-493. doi: [https://doi.org/10.1016/s0009-9236\(97\)90199-5](https://doi.org/10.1016/s0009-9236(97)90199-5)
- Escobedo, L. G.; Cárdenas, V. M. (2006). Utilization and Purchase of Medical Care in Mexico by US Residents. *Pan American Journal of Public Health*, 19, 300-305.
- Families USA Foundation (1992). *Crossing to Mexico: Priced out of American Health Care*. Washington DC: Families USA Foundation.

- FDA (2004). *FDA Warns Consumers about Counterfeit Drugs Purchased in Mexico*. [FDA Talk Paper T04-28], publicado el 30 de julio.
- FDA (2005). *FDA Warns Consumers about Counterfeit Drugs Purchased in Mexico*. [FDA Talk Paper T05-20], publicado el 10 de mayo.
- Frommer, F. J. (2003). Invierten millones contra proyecto de ley para importar medicinas. *El Nuevo Herald*, 13 de octubre.
- Frontera NorteSur (2009). *Singing the Border Business Blues*. U.S.-Mexico Border News. Center for Latin American and Border Studies. New Mexico State University Las Cruces, New Mexico.
- GAO (2007). Drug Safety. Preliminary Findings Suggest Weaknesses in FDA's Program for Inspecting Foreign Drug Manufacturers [GAO-08-224T1. Washington DC. Disponible en: <https://tinyurl.com/2tk7x5x9> (consultado 06/06/2025).
- Gross, D. J. (2004). The Consumer and Reimportation. *Managed Care*, 13, 43-44.
- Heinick, L.; Schenkel, E. P.; Vidal, X. (1998). Medicamentos de venta libre en Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3, 385-391.
- Homedes, N. (2008). *The Health Seeking Behavior of Undocumented Immigrants in El Paso County*. Final Report for El Paso del Norte Health Foundation. Febrero. El Paso: El Paso del Norte Health Foundation.
- Homedes, N.; LaBrec, P. (1991). *Health Services Utilization Across The Arizona-Sonora Border: A Bi-national Maternal And Child Health Project*. [Monografía N° 28]. Tucson: University of Arizona, Southwest Border Rural Research Center.
- Homedes, N.; Ugalde, A. (2003). Globalization and Health at the US-Mexico Border. *American Journal of Public Health*, 93, 2016-2022. doi: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.12.2016>
- Karlaghe, K. L.; Myrdal, P. B. (2005). Comparison of Three Pharmaceutical Products Obtained from Mexico and the United States: a Case Study. *Drug Development and Industrial Pharmacy*, 31, 993-1000. doi: <https://doi.org/10.1080/03639040500306245>
- Lalama, M. (1999). Perfil del consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador. *Educación Médica Continuada*, 64, 7-9.
- Landeck, M.; Garza, C. (2002). Utilization of Physician Health care Services in Mexico by US Hispanic Border Residents. *Health Marketing Quarterly*, 20, 3-16. doi: https://doi.org/10.1300/j026v20n01_02
- Levaggi, R.; Orizio, G.; Domenighini, S. et al. (2009). Marketing and Pricing Strategies of online Pharmacies. *Health Policy*, 92, 2, 187-196 doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.03.010>
- Leyva Flores, R.; Kageyama, M. L.; Eriviti-Erice, J. (2001). How People Respond to Illness in Mexico: Self-Care or Medical Care. *Health Policy*, 57, 15-26. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00136-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00136-6)
- Lower Río Grande Valley Development Council (LRGV, 1989). *The Valley Primary Health Care Review*. Final Report for the Lower Río Grande Valley Development Council. McAllen, Texas.
- Lower Río Grande Valley Development Council (LRGV, 1991). *Cameron County Primary Health Care Review*. Final Report. Project Funded by Carnegie Foundation and the Pew Charitable Trust. McAllen, Texas.
- Lunday, S. (2001). *When Purchasing Medicine in Mexico, Buyer Beware*. New York Times, 17 de abril. Disponible en: <https://tinyurl.com/mznmwrx8> (consultado 06/06/2025).
- Macias, E. P.; Morales, L. S. (2001). Crossing the Border for Health Care. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 12, 77-87.
- Malek, A. (1994). *Self-Medication: Bibliographic Exploration and Proposed Research Activities*. Action Programme on Essential Drugs. Ginebra: OMS. Documento inédito.

- Minnesota Senior Federation (2005). *Key 2005 Congressional Importation Legislation*.
- Miradaprofesional (2009). *Este año en la Triple Frontera secuestraron 170 toneladas de medicamentos falsos*. Disponible en: <https://tinyurl.com/mvnmknkr> (consultado 06/06/2025).
- National Legislative Association on Prescription Drug Prices (NLARx) Importation. Disponible en: <https://tinyurl.com/2zab7ejz> (consultado 08/06/2025).
- NewspaperTree.com (2009). NPT Capitol: Shapleigh clarifies “10.000” remark on KVIA. Disponible en: <https://tinyurl.com/3bh74m49> (consultado 08/06/2025).
- Nolen, A. L.; Ball, R.; Piñón, M.; Shepherd, M. (2002). Using Medications Purchased in Mexico: Position Statement of the Texas Society of Health Systems. *American Journal of Health-Systems Pharmacy*, 59, 1289-1290. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/59.13.1289>
- Outtersson, K.; Smith, R. (2006). Counterfeit Drugs: The Good, the Bad and the Ugly. *Albany Law Journal of Science and Technology*, 15. Disponible en: <https://tinyurl.com/mv7y96zh> (consultado 08/06/2025).
- ReAct (2008). *Declaración de Cuenca. Llamado mundial a la acción frente a la resistencia bacteriana a los antibióticos*. Cuenca, junio de 2008. Disponible en: <https://tinyurl.com/ymzmp3sw> (consultado 08/06/2025).
- Rivera, J. O.; Ortiz, M.; Cárdenas, V. (2009). Cross-Border Purchase of Medications and Health Care in a Sample of Residents of El Paso (Texas) and Ciudad Juárez (México). *Journal of the National Medical Association*, 101, 167-173. doi: [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30831-2](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30831-2)
- SCADPlus (2003). *Importaciones paralelas de especialidades farmacéuticas*. 30 de diciembre. Disponible en: <https://tinyurl.com/5846vry9> (consultado 08/06/2025).
- Schneider, P. (1997). *Cross-Border Health Services between the US and Mexico: the San Diego-Tijuana Region*. Draft of Master's thesis. San Diego State University.
- Schwertner, A. H.; Storrow, B. A. (2005). Comparison of Actual and Stated Concentration of Pharmaceuticals Manufactured in Mexico. *Clinical Therapeutics*, 21, 609- 615. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2005.05.007>
- Marshall-Arnold, H. (2009). Disparity in Medicine Prices Sparks Debate in Belgium. *Scrip World Pharmaceutical News*, 3433, 33.
- Shepherd, M. (2005). Drug Quality, Safety Issues and Threats of Drug Importation. *California Western International Law Journal*, 36, 77-88.
- Shepherd, M. D. (2007). Impact of Drug Importation on Community Pharmacy and Patient Care. *Journal of the Americans Pharmacists Association*, 4, 319-327. doi: <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2007.07004>
- Smith, J. F. (2001). US, Mexico Team up on Health Care. *Los Angeles Times*. 17 de octubre. Disponible en: <https://tinyurl.com/35mdupmw> (consultado 08/06/2025)
- Spatuzza, A. (2002). ¿Estamos acabando con los remedios? *La Revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 7, 1-6.
- Warn, K. (2004). La exportación de medicamentos de Canadá a EE.UU. está produciendo desabastecimiento en Canadá. *Financial Times*, 15 de abril.
- Warner, D. C. (1991). Health Issues at the US-Mexican Border. *JAMA*, 265, 242-247. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03460020096036>
- Warner, D. C. (ed.) (1999). *Getting Luhatyout Paid for: Extending Medicare to Eligible Beneficiaries in Mexico*. Austin, University of Texas System-LBJ School of Public Affairs. US-Mexican Policy Studies Series, Policy Report N° 10.

- Warner, D. C.; Reed, K. (eds.) (1993). *Health Care across the Border; The Experience of US Citizens in Mexico*. Austin, University of Texas System-LBJ School of Public Affairs. US-Mexican Policy Studies Series, Policy Report N° 4.
- Warner, D. C.; Schneider, P. G. (eds.) (2004). *Cross-Border Health Insurance: Options for Texas*. Austin, University of Texas System-LBJ School of Public Affairs. US-Mexican Policy Studies Series, Policy Report N° 12.
- Weiss, A. M. (2006). Buying Prescription Drugs on the Internet: Promises and Pitfalls. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, 282-288. doi: <https://doi.org/10.3949/ccjm.73.3.282>
- WHO (2009). *Medicines Use in Primary Care in Developing and Transitional Countries*. [WHO/EMP/MAR/2009.3.] Ginebra: OMS.

Capítulo 4

Los dependientes de farmacia de Ciudad Juárez y el uso de medicamentos

Núria Homedes, Antonio Ugalde, Ángel Velarde

Como se ha discutido en los capítulos anteriores, en México la legislación solo requiere la presencia de un farmacéutico en las farmacias que venden medicamentos controlados. La información presentada en el capítulo 3 de este volumen sobre 32 farmacias —de cadena y tradicionales— en Ciudad Juárez indica que la presencia del farmacéutico en las farmacias que venden medicamentos controlados está limitada a unas pocas horas semanales. Es decir, la venta y dispensación de medicamentos en México está en manos de dependientes que tienen muy poca o ninguna supervisión por parte de los farmacéuticos.

Como se documenta en el capítulo 3, en Ciudad Juárez un número elevado de medicamentos se compra sin receta (62%), un porcentaje semejante al que Leyva Flores y colaboradores (2001) encontraron en otro estudio en México. Además, un número desconocido de estas recetas han podido ser prescritas para episodios anteriores ya que en México las farmacias no retienen las recetas, sino que las devuelven al paciente, excepto las que corresponden a medicamentos controlados. De hecho, la compra de medicamentos sin receta está legitimada en México. Las recetas suelen contener información sobre las pautas que el paciente debe seguir al usar el medicamento; por tanto, en ausencia de receta, la dispensación adecuada de los medicamentos es aún más importante para asegurar el uso apropiado de los mismos. En definitiva, para una gran mayoría de mexicanos la única información sobre la utilización adecuada de medicamentos proviene de los consejos que reciben en las farmacias. Por todo ello, nos pareció importante conocer la preparación, conocimientos, recomendaciones y prácticas dispensariales de los dependientes de farmacia.

En este capítulo presentamos los resultados de un estudio realizado en Ciudad Juárez, una ciudad fronteriza y la séptima ciudad mexicana en cuanto a población. En este estudio se observó la comunicación entre dependientes y usuarios durante la compra de medicamentos con receta y sin receta, y las respuestas que los dependientes dieron a los pacientes que fueron a la farmacia para pedir consejo sobre el medicamento que deberían comprar dados sus síntomas. En entrevistas fuera de la

farmacia pudimos verificar el conocimiento que los pacientes habían retenido de la información recibida durante la interacción con los dependientes.

Utilizando casos ficticios documentamos el conocimiento que los dependientes tienen sobre medicamentos que se deben usar en patologías frecuentes, en especial sobre antibióticos, dadas las repercusiones que para la salud pública tiene su uso inadecuado. También investigamos la necesidad de capacitación percibida por los propios dependientes y el rol de la industria farmacéutica en proveerles información y en promocionar la venta de medicamentos. Aunque la muestra es pequeña, hemos comparado los dependientes de las farmacias tradicionales con los de cadena. Esta comparación puede servir para formular hipótesis que deberán confirmarse en estudios con mayores muestras.

Metodología del estudio

La información para este capítulo se recolectó a través de:

- 1) 150 observaciones de la interacción entre clientes y dependientes de 25 farmacias;
- 2) entrevistas en profundidad con 25 dependientes;
- 3) 230 entrevistas a clientes de 32 farmacias (la metodología y parte de los resultados de estas entrevistas se han presentado en el capítulo 3).

Pensando que la conducta de los dependientes podría variar dependiendo del tipo de servicio solicitado, nos propusimos observar la interacción cliente-dependiente en tres escenarios: 1) el paciente que llega con receta; 2) el que acude a comprar sin receta; y (3) el cliente que acude a buscar consejo. Dos enfermeras previamente entrenadas realizaron las observaciones: el 50% de ellas en las tardes, el 22% en las mañanas de los días laborables y el 27% restante durante los fines de semana. Las farmacias se escogieron por conveniencia y con el objetivo de incluir las que son frecuentadas por residentes estadounidenses (cercanas a los puentes de cruce fronterizo o en centros comerciales) y una mezcla de farmacias tradicionales (independientes) y de cadena.

Un médico realizó las 25 entrevistas en profundidad con los dependientes (cinco eran dueños, ocho encargados y doce empleados con varios años de experiencia). Nueve de las entrevistas se hicieron en farmacias tradicionales y 16 en farmacias pertenecientes a cadenas. El cuestionario utilizado era semiestructurado con el objeto de documentar: 1) la capacidad de los dependientes para proveer consejos sobre el uso de medicamentos y la presencia de incentivos para incrementar las ventas; 2) la demanda de capacitación; y 3) la relación entre los dependientes de la farmacia y los visitantes de la industria. También se tomaron fotografías y notas sobre la propaganda de medicamentos que se exhibía en los escaparates o dentro de las farmacias.

El protocolo del estudio fue previamente aprobado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y por el Centro Médico de la Universidad de Texas en Houston. La información se recopiló entre agosto de 2007 y enero de 2008.

Una de las limitaciones de este estudio es que durante las observaciones no fue posible tomar nota del producto dispensado y no sabemos si la conducta del dependiente varía en función del producto que venden.

Observaciones de la comunicación entre clientes y dependientes

El 69% de todos los dependientes de las farmacias eran mujeres, relativamente jóvenes (73% tenían menos de 40 años). Ninguno de los dependientes tenía estudios universitarios; la gran mayoría (69%) había finalizado el curso preuniversitario o preparatoria, el 25% tenía el secundario completo y el 5% solo había terminado la escuela primaria. El 50% llevaba más de cinco años trabajando en farmacias y el 25% menos de un año.

El cliente lleva la receta

De los 150 clientes observados, 53 presentaron una receta en la farmacia; de estos 53 el farmacéutico ofreció sustituir el medicamento indicado en la receta en doce casos (23%). En cinco de estos doce dio a elegir entre un producto de marca y un genérico, en otras cinco ofreció solo otro producto de marca, y en dos solo un genérico. Cuatro clientes hicieron caso al dependiente, dos compraron un producto de marca y los otros dos un genérico.

La entrega de medicamentos que se compran con receta no suscitó mucho intercambio de información entre el dependiente y el cliente. El dependiente preguntó en menos de la mitad de los casos (47%) si el cliente sabía cómo se administra el medicamento y al 9% si estaba tomando algún otro medicamento simultáneamente. Los clientes no hicieron preguntas, se limitaron a contestar lo que les preguntaban.

Como se ha indicado, en las farmacias mexicanas cuando se dispensa el medicamento se devuelve la receta en donde debe estar indicada la forma de administración del medicamento; además algunas farmacias escriben etiquetas o notas personalizadas y el dependiente siempre tiene la oportunidad de hacer recomendaciones verbales. De las 53 personas que presentaron receta, 27 (51%) recibieron información verbal y escrita (62% de los que acudieron a las farmacias tradicionales y 49% de los que fueron a las farmacias de cadena), 22 clientes (42%) recibieron información escrita (ya fuese a través de la receta o de una etiqueta personalizada), y tres clientes (6%) información verbal (ver Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Distribución porcentual de las recomendaciones sobre el uso del medicamento que hacen los dependientes de las farmacias de Ciudad Juárez a los clientes que acuden con o sin receta o para solicitar consejo.

	Porcentaje de clientes que traen receta (n=53)	*Porcentaje de clientes que compra sin receta (n=80)	**Porcentaje de clientes que piden consejo (n=19)	Total (n=152)
Solo entrega información escrita (receta/etiqueta)	41,5	1,3	-	15,2
Dice que las instrucciones están en la caja		20,0		12,6
Entrega información verbal y escrita	50,9	47,5	68,4	51,6
Entrega solo información verbal	5,7	20,0	21,0	13,2
No dice nada	1,9	11,3	10,5	7,3
Cuando el dependiente da información verbal recuerda	(n=30)	(n=54)	(n=17)	(n=101)
Para qué sirve el medicamento	76,7	74,1	100,0	79,2
Dosis	83,3	87,0	94,1	87,1
Intervalo entre dosis	66,7	59,3	82,4	65,3
Duración del tratamiento	23,3	44,4	82,4	44,6
Efectos adversos	3,3	11,1	5,9	7,9
Instrucciones especiales	50,0	72,2	100,0	70,3

* A uno de los pacientes se le aplicó la inyección en la farmacia. ** Uno de los pacientes no acepta la recomendación.
Fuente: Elaboración propia.

No fue posible verificar, sin entorpecer la relación dependiente-cliente y correr el riesgo de interferir en los resultados, si la información contenida en las recetas y/o lo que los dependientes escribieron en las etiquetas y la información escrita en las cajas de los medicamentos era lo suficientemente detallada para que el paciente pudiera hacer uso adecuado de los mismos.

Cuando el dependiente dio instrucciones verbales (30 casos y 57% de los medicamentos), mencionó las indicaciones, la dosis y el intervalo de tiempo entre las dosis en el 77%, 83% y 67% de las veces respectivamente; pero solo mencionó la duración del tratamiento en 23% de los casos y únicamente en una ocasión se refirió a los efectos adversos (ver Tabla 4.1). En la mitad de las ocasiones los dependientes dieron instrucciones especiales sobre la forma de administrar el medicamento, como por

ejemplo si debían acompañarse de comida o el mejor momento del día en que se debía administrar.

El cliente acude a la farmacia solicitando medicamentos sin llevar la receta

De los 150 usuarios observados 80 llegaron a la farmacia a comprar un medicamento sin receta. Un 92% de ellos solicitó el medicamento por su nombre y en el 65% de los casos el dependiente se limitó a dispensar el producto solicitado. El dependiente solo intentó averiguar el problema de salud que el cliente pretendía solucionar en el 36% de los casos, y los dependientes de las farmacias tradicionales hicieron esta pregunta con el doble de frecuencia que los dependientes de las cadenas. En ningún caso el dependiente recomendó una consulta médica o se negó a entregar el medicamento solicitado.

Cuando el cliente no lleva receta aumentan las posibilidades de que el dependiente le ofrezca un producto diferente del que pide y de que el cliente siga sus recomendaciones. Al igual que cuando los usuarios llevan receta, los dependientes de las farmacias tradicionales son más proactivos y ofrecen sustituir el medicamento en el 52% de las interacciones mientras que los dependientes de las farmacias de cadena lo hacen el 29% de las veces.

Para convencer a los clientes de que compren el producto recomendado, los dependientes argumentan varias razones (admitimos hasta tres razones por producto), incluyendo que se trata de un producto más barato, igual de efectivo y puede comprar mayor cantidad (66%); que es mejor para su problema (31%); que es lo mismo (17%); y que es más caro pero mejor para su problema (10%). La probabilidad de que el cliente siguiera las recomendaciones fue más alta si el dependiente decía que la calidad del producto era superior (78%), aunque fuese más caro (66%), seguido de cuando decía que el producto era de igual calidad (50%). El argumento menos convincente fue decir que era más barato, igual de efectivo y que podía comprar mayor cantidad (47%).

Como se puede ver en la Tabla 4.1, los dependientes acompañaron la entrega de medicamentos con instrucciones verbales y escritas sobre su forma de utilización en el 48% de los casos, para el 20% solo lo hicieron recomendaciones verbales y para otro 20% solo dijeron que leyesen las instrucciones de la caja. Los dependientes no informaron sobre la forma de utilización del 11% de los medicamentos.

Cuando el cliente acude sin receta los dependientes tienen una tendencia a proveer más información sobre la administración del tratamiento que cuando llevan receta, excepto en lo que respecta al intervalo de tiempo y a las indicaciones del producto (ver Tabla 4.1). A pesar de eso solo mencionan la duración del tratamiento y los efectos adversos en el 44 y 11% de los casos respectivamente.

El paciente acude a la farmacia solicitando consejo

De los 150 clientes solo veinte (13,3%) acudieron a la farmacia a pedir consejo. Ocho de los clientes proporcionaron el nombre de la enfermedad, once explicaron los síntomas (uno de ellos en forma muy detallada) y uno no pudo explicar lo que le pasaba.

Los dependientes entablaron conversación e hicieron una media de dos preguntas a cada cliente. Las preguntas más frecuentes se relacionaron con la evolución de los síntomas (85% de los clientes), el tiempo de evolución de la enfermedad (75%) y el consumo de medicamentos (45%). Solo un dependiente preguntó si había tenido alguna reacción adversa a medicamentos. En casi la mitad de los casos (nueve) los dependientes pusieron mucho interés y se esforzaron en ayudar al cliente, pero en la otra mitad no tuvieron interés y se cansaron pronto (en un caso no se pudo evaluar la actitud del dependiente). En general, los observadores estimaron que excepto en un caso, la descripción del problema y las respuestas del cliente fueron claras; y la relación cliente-dependiente se clasificó como buena en 17 casos, excelente en dos ocasiones, y mala en una.

La mayor parte de las veces (75%) el dependiente expresaba seguridad en su capacidad para resolver el problema del paciente, y la mayoría de las veces (95%) el cliente aceptó lo que le dijo el dependiente sin cuestionarlo. Solo en una ocasión el cliente no estuvo de acuerdo con el dependiente y abandonó la farmacia.

Todos los pacientes salieron de la farmacia con medicamentos, excepto el que no aceptó la opinión del dependiente. Además de entregar medicamentos, el dependiente recomendó que un paciente acudiera al médico, en dos casos hizo recomendaciones de estilo de vida, y a otro le recomendó un análisis de sangre.

Cuando el cliente acude pidiendo consejo es cuando los dependientes más se esfuerzan en proveer información. Todos los clientes —excepto dos que no recibieron ninguna información— recibieron instrucciones verbales, y los dependientes escribieron etiquetas para casi la mitad de ellos. A pesar de esto, el 18% salió sin que verbalmente se mencionara ni la dosis ni la duración del tratamiento, y los dependientes solo mencionaron las reacciones adversas en el 6% de los casos (ver Tabla 4.1).

El número de dependientes de las farmacias tradicionales es demasiado pequeño para poder hacer comparaciones entre su comportamiento y los de las farmacias de cadenas y llegar a diferencias estadísticamente significativas. De todas formas, en las tres situaciones (con recetas, sin recetas y buscando consejos) los datos tienden a sugerir que los dependientes de las farmacias tradicionales se esfuerzan más en proveer información al cliente sobre la forma de administrar el medicamento, la dosis, el intervalo, la duración del medicamento y los efectos adversos, y dan más instrucciones especiales. Además, los datos también indican que los clientes confían más en las recomendaciones de los dependientes de las farmacias tradicionales que los de las cadenas. Los casos clínicos que se presentan más adelante refuerzan estas afirmaciones.

Lo que los usuarios recuerdan de la información recibida

La Tabla 4.2 presenta las respuestas de 230 usuarios de 32 farmacias sobre la información que recibieron de los dependientes. Esta encuesta se administró a la salida de las farmacias, unos momentos después de la interacción con el dependiente. Como puede observarse en la tabla, la información retenida es tan limitada que permite inferir que las técnicas de comunicación que utilizan los dependientes no son lo suficientemente eficaces para asegurar que el cliente entienda y recuerde la información transmitida. Además, los clientes solo reportaron haber recibido algún tipo de información sobre una tercera parte de los medicamentos adquiridos.

Tabla 4.2. Distribución, en número y porcentaje, de la Información sobre los medicamentos que los clientes reportan haber recibido de los dependientes de las farmacias de Ciudad Juárez		
Tipo de información	Total	
	n	%
Le recuerda para qué sirve el fármaco	52	32,7
Cómo debe utilizar el medicamento	42	26,4
Haga lo que dice la receta	41	25,8
Que siga usándolo como lo hacía	11	6,9
Que complete el tratamiento	10	6,3
Menciona los efectos secundarios	2	1,3
Que notifique si tiene efectos adversos	1	0,6
Total de mensajes	159	100,0
Número de medicamentos sobre los que el cliente reporta haber recibido alguna información	100	32,2
Media de mensajes por medicamento	1,6	-
No contesta	7	-
Fuente: Elaboración propia.		

Conocimiento de los dependientes

Se hicieron entrevistas en profundidad con 25 personas que trabajaban en 25 farmacias diferentes, 9 en farmacias tradicionales y 16 en farmacias de cadena. Quisimos entrevistar a la persona con mayor nivel de responsabilidad en la farmacia

e incluimos a cinco dueños (excepto uno, todos de farmacias tradicionales), ocho encargados y doce empleados con varios años de experiencia. A través de escenarios ficticios, se evaluó la capacidad del entrevistado para hacer recomendaciones para patologías frecuentes (infecciones de vías respiratorias altas, problemas gastrointestinales) y para manejar los antibióticos.

Primer caso: *Una señora acude a la farmacia a comprar un medicamento para su hijo de cuatro años que tiene mucha tos, mocos verdes, temperatura de 37 grados centígrados y respira normalmente. ¿Qué le recomendaría?*

En la Tabla 4.3 se presentan las recomendaciones que los 25 dependientes ofrecerían a esta usuaria. En total, el 56% de los dependientes recetó medicamentos, el 44% refirió al médico y el 12% recomendó medidas higiénicas e ingesta de líquidos.

Al preguntar explícitamente qué medicamentos recomendarían encontramos que el número de dependientes que recomendaron medicamentos aumentó, sin embargo, coincidieron poco en sus recomendaciones y hubo grandes diferencias entre las recomendaciones que hicieron los dependientes de las farmacias tradicionales y los de las cadenas (ver Tabla 4.3). Los dependientes recomendaron una media de 2,2 productos por paciente y tres dependientes de farmacias tradicionales insistieron en que había que llevar al niño a una consulta médica y no recomendaron ningún medicamento.

Tabla 4.3. Distribución, en número y porcentaje, de las recomendaciones de los dependientes de las farmacias de Ciudad Juárez en el caso clínico 1 por tipo de farmacia.

Recomendación	Farmacia tradicional (n=9)	Farmacia de cadena (n=16)	Total (n=25)
Solo medidas higiénicas	2	-	2
Solo medicamentos	1	11	12
Refiere al médico	4	4	8
Medicamentos y referencia al médico	1	1	2
Medidas higiénicas y referencia al médico	1	-	1
% que recetan medicamentos	22,0	75,0	56,0
% que refieren al médico	67,0	31,0	44,0
% que recomiendan medidas de higiene e ingesta de líquidos	33,0		12,0

* En dos de los casos en que se recetaron dos antihistamínicos se prescribió uno de acción local y uno sistémico. Un dependiente de farmacia tradicional prescribió dos de aplicación sistémica.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.3. Distribución, en número y porcentaje, de las recomendaciones de los dependientes de las farmacias de Ciudad Juárez en el caso clínico 1 por tipo de farmacia. (Continuación)

Recomendación	Farmacia tradicional (n=9)	Farmacia de cadena (n=16)	Total (n=25)
Medicamentos recomendados			
Analgésico	1		1
Analgésico + expectorante	1	-	1
Antihistamínico + analgésico	-	1	1
Analgésico + 2 antihistamínicos	2*	-	2
Antibiótico (AB)	1	-	1
AB + expectorante	-	3	3
AB + analgésico	1	2	3
AB + 2 antihistamínicos	-	1*	1
AB + analgésico + antihistamínico	-	1	1
AB + antihistamínico + expectorante	-	1	1
AB + expectorante + analgésico	-	3	3
2 AB + antihistamínico	-	1	1
2 AB + expectorante	-	2	2
2 AB + analgésico	-	1	1
No prescriben, solo refieren al médico	3	-	3
% que recetan ABs	22,0	94,0	68,0
% que recetan antihistamínicos	22,0	31,0	28,0
% que recetan expectorantes	11,0	56,0	40,0
% que recetan analgésicos	44,0	50,0	48,0
Media de productos recetados por dependiente	1,3	2,6	2,2
* En dos de los casos en que se recetaron dos antihistamínicos se prescribió uno de acción local y uno sistémico. Un dependiente de farmacia tradicional prescribió dos de aplicación sistémica.			
Fuente: Elaboración propia.			

En cuanto al tipo de medicamentos recomendados, se ha observado lo siguiente:

- Analgésicos: doce de los 25 dependientes prescribieron analgésicos, en la mayoría de casos paracetamol (11), pero un dependiente de una farmacia tradicional prescribió aspirina, que está contraindicada en este grupo etario.
- Antibióticos: todos los dependientes menos siete de las farmacias tradicionales y uno de una cadena prescribieron antibióticos. Cuatro dependientes de cadena recomendaron dos antibióticos. En la mayoría de casos (15 de 20) se trataba de antibióticos pertenecientes al grupo de las penicilinas (penicilina G, amoxicilina, ampicilina), pero en un caso se prescribió azitromicina, en dos cefalosporinas y en otros dos, ácido clavulánico.
- Antihistamínicos: siete dependientes (dos de farmacias tradicionales y cinco de cadenas) dijeron que recomendarían como mínimo un antihistamínico por vía sistémica. Dos recomendaron además un antihistamínico de aplicación local (uno de farmacia tradicional y otro de cadena) y otro, dependiente de una farmacia tradicional, recomendó un segundo antihistamínico por vía sistémica.
- Expectorantes: ocho de los dependientes recomendaron expectorantes (uno de farmacias tradicionales y siete de cadenas). Excepto un dependiente que recomendó dextrometorfano todos los demás recomendaron ambroxol.

Curiosamente, al preguntar sobre el tipo de medicamentos que solicitan los padres cuando sus hijos presentan estas patologías, los dependientes mencionaron prácticamente los mismos productos. La única diferencia fue que nadie mencionó que los padres solicitaran aspirina, azitromicina, cefalosporinas o ácido clavulánico. Es decir que hay una correlación muy estrecha entre lo que los dependientes recomiendan y lo que ellos creen que los padres de estos niños quieren recibir.

Segundo caso: *Un joven de 20 años acude a la farmacia diciendo que desde el día anterior tiene dolor de estómago y diarrea. ¿Qué le recomendaría?*

Las respuestas pueden verse en la Tabla 4.4. Hubo diferencias importantes entre los dependientes de las farmacias de cadena y los de las tradicionales. En la tabla también se puede ver que las farmacias tradicionales prescribieron menos medicamentos, hicieron más referencias al médico y más recomendaciones higiénicas y de ingesta de líquidos. Los dependientes de las farmacias tradicionales recomendaron menos medicamentos que los de las cadenas (1,7 versus 2,1). Las pautas de tratamiento fueron muy dispares. Solo un dependiente dijo que desconocía la conducta terapéutica adecuada.

Al preguntar específicamente qué medicamentos recomendarían, todos menos tres efectuaron recomendaciones, la mayoría (18) mencionó dos medicamentos, y cuatro (todos de farmacias de cadena) llegaron a recomendar tres. El 79% de los dependientes (19 de 24) recomendó al menos un antibiótico (67% en las tradicionales versus 87% en cadenas). El 83% (20 de 24) recomendó al menos un antidiarreico/antiespasmódico (89% en las tradicionales versus 80% en las cadenas).

Los medicamentos recomendados fueron:

Tabla 4.4. Distribución, en número y porcentaje, de las recomendaciones de los dependientes de las farmacias de Ciudad Juárez en el caso clínico 2 por tipo de farmacia.

Recomendación	Farmacia tradicional (n=9)	Farmacia de cadena (n=16)	Total (n=25)
Solo medidas higiénicas	3	4	7
Solo medicamentos	1	10	11
Refiere al médico	2	-	2
Medidas higiénicas y referencia al médico	2	-	2
Medicamentos y referencia al médico	1	1	2
No sabe	-	1	1
	(n=9)	(n=15)	(n=24)
% que recetan medicamentos	22,0	73,0	54,0
% que refieren al médico	56,0	7,0	25,0
% que recomiendan medidas de higiene y líquidos	38,0	56,0	27,0
Medicamentos recomendados	(n=9)	(n=15)	(n=24)
1 antiespasmódico	1	-	1
1 antidiarreico opioide	-	1	1
1 antidiarreico opioide + antiespasmódico	-	1	1
1 antiespasmódico + 1 restaurador flora	1	-	1
1 antidiarreico astringente + 1 opioide	-	1	1
1 antiespasmódico + 1 astringente	-	1	1
1 antibiótico (AB)	-	3	3
1AB + 1 restaurador de flora	1	1	1
1AB + 1 antiespasmódico	2	2	4
1AB + 1 antidiarreico astringente	-	1	1
1 AB + 1 antidiarreico opioide	3	-	3
1 AB + antiespasmódico + 1 astringente	-	1	1
1 AB + antiespasmódico + 1 opioide	-	1	1
2 AB + 1 restaurador de flora	-	1	1
2 AB + 1 antidiarreico opioide	-	1	1
No recomienda medicamentos	1	-	1
% que recomiendan al menos un AB	67,0	87,0	79,0
% que recomiendan al menos un antidiarreico/ antiespasmódico	89,0	80,0	83,0
Media de medicamentos recomendados	1,7	2,1	1,9

Fuente: Elaboración propia.

- **Antibióticos.** Los dependientes mencionaron 18 antibióticos. Para siete el antibiótico de elección era el sulfametoxazol, pero otros mencionaron la neomicina (cuatro), amoxicilina/ampicilina (cuatro), tetraciclinas (dos), cloranfenicol (uno) y trimetoprima (uno).
- **Antiespasmódicos.** Diez dependientes dijeron que prescribirían un antiespasmódico, ocho butilhioscina, uno trimebutina y otro dihidroxiantraquinona.
- **Antidiarreicos.** De los catorce antidiarreicos que se recomendaron, cuatro eran astringentes (caolín y pectina), seis eran opioides (loperamida) y cuatro eran restauradores de la flora.

Al igual que en el caso anterior, las recomendaciones de los dependientes se correlacionaban muy bien con lo que ellos pensaban que los clientes querían recibir para resolver su caso clínico.

Las respuestas a ambos casos clínicos demuestran claramente que los dependientes tienen una gran tendencia a sobremedicalizar, incluyendo la prescripción innecesaria de antibióticos, sobre todo por parte de los dependientes de las farmacias pertenecientes a cadenas. Lo más probable es que ambos casos clínicos se hubieran resuelto sin medicamentos y la conducta terapéutica que hubieran tenido que recomendar era adoptar medidas higiénicas, beber muchos líquidos y observar la evolución del paciente. Los pacientes que hubieran seguido las recomendaciones de los dependientes entrevistados hubieran incurrido en gastos innecesarios y además hubieran podido poner su salud y la salud de la comunidad en riesgo. Las aspirinas están contraindicadas en niños y antidiarreicos astringentes y opiáceos alivian los síntomas, pero pueden entorpecer la evolución de la enfermedad. Además, el uso innecesario de antibióticos genera resistencias microbianas y como hemos mencionado en el Capítulo 3 es un problema creciente a nivel mundial.

Conocimientos sobre antibióticos

Una de las críticas más fuertes que se hace a las farmacias mexicanas, y así lo demuestran las respuestas de los dependientes a los casos clínicos mencionados anteriormente, es que al vender antibióticos sin receta contribuyen al consumo exagerado y a la mala utilización de los mismos. Para ahondar más sobre la contribución que podrían estar haciendo los dependientes al uso de los antibióticos les preguntamos si recomendarían antibióticos, cuáles y durante cuánto tiempo para neumonía, bronquitis, tos con flemas, resfrío, gripe, infección de oído y diarrea. Aunque en algunos casos las preguntas eran difíciles de responder con la información proporcionada ninguno de los entrevistados pidió aclaraciones antes de contestar. Las respuestas que dieron los dependientes se presentan en el Cuadro 4.1.

Cuadro 4.1. Respuestas de los dependientes, referidas a la necesidad de tratamiento antibiótico en cuadros clínicos determinados.

Cuadro clínico	Requiere antibióticos	¿Cuáles?
Neumonía	Sí (15), solo si hay mucho tiempo de evolución (1) No (5) No contesta (4)	Cefalosporinas (7) Macrólidos (5; 4 azitromicina, 1 eritromicina) Aminoglucósico (1: amikacina) Penicilinas (3)
Bronquitis	Sí (13), solo en caso de fiebre (1) No (6) No contesta (5)	Penicilinas (7) Inhibidores de la beta-lactamasa (ácido clavulánico) (2) Macrólidos (2: claritromicina, eritromicina) Cefalosporinas (3: acetil cefurexime, cefalexina, ceftriaxona)
Tos con flemas	Sí (6), solo cuando ya no arroja flema (1), solo si no hay fiebre (2), solo si la flema es amarilla (1) No (14) No contesta (1)	Penicilinas (8) Cefalosporinas (2)
Resfrío	Sí (3), solo si hay fiebre (1), solo si hay flemas y dificultad para respirar (1) No (20)	Penicilinas (4) Cefalosporinas (1)
Gripe	Sí (5), solo si hay fiebre (1), solo si hay fiebre y dificultad para respirar (1) No (17) No contesta (1)	Penicilinas (6) Macrólido (1: lincomicina)
Infección de oído	Sí (20) No (4) No contesta (1)	Penicilinas (7) Aminoglucósidos (7: 5 neomicina y 2 gentamicina), Cefalosporinas (2) Macrólidos (3: 1 cloramfenicol, 1 azitromicina, 1 trimetoprima) Sulfonamidas (sulfametoxazol)
Diarrea	Sí (14), solo en presencia de moco y sangre (2), en presencia de dolor abdominal (1) cuando se acompaña de fiebre (1) No (7)	Sulfonamidas (10) Penicilinas (2) Tetraciclinas (2) Quinolonas (ciprofloxacino) (2) Aminoglucósido (neomicina) (2)

Fuente: Elaboración propia.

Los tratamientos ofrecidos para los diferentes cuadros clínicos fueron:

- Neumonía. El 60% de los dependientes dijo que las neumonías requieren tratamiento antibiótico, el 20% dijo que no, uno mencionó que depende del tiempo de evolución y cuatro no se atrevieron a contestar. En el Cuadro 4.1. pueden verse los antibióticos que recomendaron. Un dependiente de una farmacia de cadena puntualizó que se debía suspender el antibiótico cuando el paciente se

sintiese mejor, todos los demás dijeron que debían tomarlos durante al menos cinco días.

- Bronquitis. Trece dependientes dijeron que se necesitaban antibióticos para tratar la bronquitis, seis dijeron que no, uno especificó que solo en caso de fiebre y cinco no quisieron responder. Para conocer el detalle de los antibióticos que se recomendaron ver el Cuadro 4.1. La mayoría (nueve) dijo que debían tomar el antibiótico durante al menos cinco días y cinco dijeron que el tratamiento mínimo era de siete días.
- Tos con flema. El 41% de los dependientes dijo que la tos con flemas debía tratarse con antibióticos. En este caso en las farmacias tradicionales tuvieron menos tendencia a prescribir antibióticos que en las de cadena (22% versus 50%). La duración del tratamiento recomendado fue entre cinco (cuatro) y siete días (seis).
- Resfrío. La gran mayoría respondió que no hay que utilizar antibióticos, lo que contrasta con las recomendaciones que hicieron al presentarles el caso de la madre de un niño de cuatro años con resfrío, donde 17 recomendaron antibióticos. Tal vez esta discrepancia se explica porque veinte dependientes opinaron que la mayoría de las enfermedades de vías respiratorias altas se curan más rápido si se tratan con antibióticos. Los que recomendaron el uso de antibióticos afirmaron que la duración del tratamiento debía ser cinco (tres) o siete días (dos).
- Gripe. La mayoría de los dependientes dijo que no se necesitaban antibióticos. Los dependientes de las farmacias de cadenas tendieron a recomendar más los antibióticos (38% versus 13%). La duración del tratamiento para los antibióticos recomendados fue de cinco (cuatro) o siete (tres) días.
- Infección de oído. El 83% de los dependientes respondió que hay que tratar las infecciones de oído con antibiótico. Todos recomendaron al menos cinco días de tratamiento y trece dijeron que era mejor tratar al menos durante siete días.
- Diarrea. Solo siete entrevistados dijeron que no se necesitan antibióticos para tratar la diarrea. Los dependientes de las cadenas tuvieron mayor tendencia a recomendar antibióticos que los de las farmacias tradicionales (88% versus 45%).

A continuación, hicimos tres preguntas absurdas para observar la reacción del dependiente. Primero preguntamos cuál era el mejor antibiótico, y solo ocho de 25 dijeron que dependía del problema (siete eran dependientes de farmacias de cadena), el resto mencionó el nombre de diferentes tipos de antibióticos. Luego les preguntamos cuál era el antibiótico que consideraban más potente y solo seis dijeron que dependía del problema (cinco eran dependientes de farmacias de cadena) y el resto mencionó todo tipo de antibióticos. Al preguntarles el nombre del antibiótico que les gusta recomendar, solo dos dijeron que depende del problema (de farmacias de cadena), dos no contestaron, 18 dijeron que una penicilina, y tres nombraron una quinolona.

El 92% de los dependientes dijo que los antibióticos sirven para tratar las infecciones bacterianas, y el 8% dijo que son útiles tanto para las infecciones víricas como para las bacterianas.

Veinte dependientes afirmaron que los antibióticos inyectables son mejores que los de administración por vía oral, solo cuatro dijeron que no eran mejores y uno dijo que eran iguales. Los que dijeron que son mejores explicaron que actúan más rápido (18), pasan más rápido a la sangre (dos) y uno comentó que no perjudican el estómago.

Quince opinaron que los antibióticos genéricos son confiables y de la misma calidad que los antibióticos de patente, seis que son peores y cuatro que la calidad de los genéricos es variable. Los dependientes de farmacias tradicionales tienen peor opinión de los genéricos que los de las farmacias de cadena, casi la mitad de ellos opinaron que son peores que los de marca. Las notas de campo sobre una conversación con un dueño de una farmacia tradicional ilustran este comentario:

... no se entiende como pueden cobrar tan poco por los medicamentos... los venden más baratos que lo que nosotros pagamos al distribuidor... no sé qué tendrán esos medicamentos, desde luego la calidad no se puede comparar con la de los que vendemos aquí, que son de laboratorios con buena reputación... pero la gente es muy ignorante...

La mayoría dijo que los pacientes no deben interrumpir el tratamiento antibiótico cuando desaparecen los síntomas, pero tres opinaron que debían interrumpirlo.

La Tabla 4.5 recoge las recomendaciones que los dependientes dijeron que hay que darle al paciente en tratamiento con antibióticos. Muchas de las recomendaciones fueron inespecíficas y se aplicarían a cualquier tratamiento, algunas se aplican a unos antibióticos, pero no a todos (tomar siempre con alimentos, no consumir alcohol) y otras reflejan mitos (no comer puerco); la recomendación de cambiar de antibióticos con frecuencia podría ser contraproducente.

Resistencia a los antibióticos y estrategias para impedir que aumente el consumo

La mayoría de los 16 dependientes que habían oído hablar del consumo excesivo de antibióticos pensaba que era cierto. Tres dijeron que no era un problema nuevo, que siempre se ha abusado (“no son para usarlos como si fueran caramelos”). Pero casi todos desconocen los problemas que acarrea el consumo exagerado de los mismos; solo uno de los entrevistados estuvo de acuerdo en que, si una persona utiliza mal los antibióticos, estos pueden dejar de ser útiles para tratar a otras personas de su comunidad.

Tabla 4.5. Número de recomendaciones dadas por los dependientes a pacientes en tratamiento antibiótico, según tipo de recomendación.

Recomendaciones	Número*
Observe la aparición de alergias	14
Cumpla con todos los días de tratamiento	13
Tome los antibióticos con alimentos	11
Cumpla con el horario de administración	5
Tome la dosis recomendada	4
Si no mejora acuda al médico	4
No tome alcohol durante el tratamiento	3
No coma carne de puerco durante el tratamiento**	3
Observe la aparición de efectos adversos	2
Vigile la fecha de caducidad***	1
Cambie los antibióticos con frecuencia**	1
Utilice antibióticos desde el inicio de la enfermedad**	1
Reestablezca la flora intestinal	1
* Más de 25 respuestas porque se aceptaron más de una respuesta. ** No forman parte de la práctica clínica habitual. *** Es una tarea del farmacéutico, a no ser que asuma que el cliente no va a consumir el tratamiento inmediatamente.	
Fuente: Elaboración propia.	

Cinco dependientes dijeron que la penicilina ya no es un antibiótico útil porque los microbios han generado resistencia y porque ahora hay otras enfermedades sobre las que no actúa; el resto contestó que sigue siendo muy útil sobre todo para las infecciones de garganta (catorce) y para enfermedades muy diversas (diez) que no especificaron. Casi una tercera parte opinó que la penicilina seguirá siendo útil durante mucho tiempo y el resto que le quedaba muy poco tiempo de vida útil.

Entre los factores que más contribuyen a que se utilicen mal los antibióticos todos los entrevistados mencionaron que el problema más importante es la automedicación: “la gente los usa para todo”, “es una costumbre”. En la Tabla 4.6 se presentan las razones que según los dependientes explican el mal uso de los antibióticos. Como se puede ver dos indicaron que su venta sin receta es una de las razones, pero dijeron que si ellos exigieran la receta los clientes se irían a otra farmacia.

Tabla 4.6. Frecuencia de las razones del mal uso de los antibióticos, según los dependientes entrevistados.

Razones	Número*
Automedicación	25
Por la publicidad de radio y TV	10
Porque se usan como profilácticos	5
Por culpa de los pacientes	3
Por culpa de los médicos y de las farmacias	3
Porque se venden sin receta	2
* Más de 25 respuestas porque se aceptó más de una respuesta.	
Fuente: Elaboración propia.	

En la Tabla 4.7 se pueden ver las ideas que ofrecieron los dependientes para controlar la resistencia a los antibióticos. Las respuestas más frecuentes se relacionaron con limitar la automedicación y la prescripción inadecuada, dos mencionaron la necesidad de entrenar a médicos y empleados de farmacia en el uso adecuado de los antibióticos y otros dos enfatizaron la necesidad de educar a los consumidores para que no interrumpan el tratamiento.

Tabla 4.7. Número de recomendaciones para disminuir la resistencia a antibióticos dadas por los dependientes entrevistados, según el tipo de recomendación.

Recomendaciones	Número*
Restringir la venta libre de antibióticos	4
Evitar la automedicación	4
Usar siempre solo uno o dos antibióticos	3
Dejar de producir antibióticos nuevos	3
Enfatizar la prevención para no enfermarse	3
No hay nada que se pueda hacer	3
Hacer que los pacientes siempre terminen los tratamientos	2
Capacitar a médicos y empleados de farmacia en el uso adecuado de antibióticos	2
Aumentar la producción de antibióticos nuevos	2
Que los médicos dejen de venderse a cambio de regalías	1
Limitar el uso de antibióticos	1
* Más de 25 respuestas porque se aceptó más de una respuesta	
Fuente: Elaboración propia.	

Las necesidades percibidas de capacitación

La mayoría de los dependientes sienten que están bien o muy bien capacitados (quince) para recomendar medicamentos. Solo ocho dijeron estar poco capacitados, otro dijo que depende del problema de salud y uno dijo que se limita a dispensar lo que le solicitan, dando a entender que para hacer su trabajo no necesita saber de medicamentos, pero todos, menos uno, dijeron que les gustaría recibir más capacitación y la gran mayoría dijo que en todas las áreas (quince). El 68% de los dependientes de las farmacias de cadena piensa estar bien capacitado comparado con el 44% de los de las farmacias tradicionales. Estas respuestas contrastan con el limitado conocimiento que tienen sobre medicamentos, tal como ha quedado demostrado en la información presentada anteriormente. Este sentido de seguridad es preocupante y podría incrementar el uso inadecuado de medicamentos.

En la Tabla 4.8 se pueden ver las respuestas a la pregunta de cómo podrían mejorar su servicio a los clientes. Resulta esperanzador que casi la mitad de los entrevistados mencionaran la necesidad de recibir capacitación periódica y frecuente. Sin embargo, el hecho de que la otra mitad de los dependientes no identificase la necesidad de tecnificar el proceso de dispensación y mejorar sus conocimientos en farmacoterapéutica indica la necesidad de sensibilizar a los dueños y dependientes de farmacia sobre la contribución que estos establecimientos están haciendo a la salud de la población fronteriza y cómo podrían mejorar sus servicios.

Tabla 4.8. Número de respuestas a la pregunta: ¿Cómo pueden mejorar su capacidad para responder a las necesidades de los clientes?, según el tipo de respuesta dada por los dependientes.

Respuestas	Número*
Capacitación periódica frecuente	12
Mejores instalaciones en las farmacias	9
Recibir cursos de atención y servicio al cliente	7
Ya lo hacen bien y no necesitan nada	4
Tener mejor inventario y mejores precios	3
Limitar la venta libre de muchos productos	2
Tener audiovisuales educativos	1
Exigir el título de Técnico de Farmacia a todos los dependientes	1

* Más de 25 respuestas porque se aceptó más de una respuesta.

Fuente: Elaboración propia.

Relación entre la industria farmacéutica y los dependientes de las farmacias

La mayoría de las farmacias (72%) recibe más de un representante de la industria farmacéutica por semana, y el 32% recibe entre siete y diez visitas semanales. Las farmacias tradicionales reciben menos visitas que las de cadenas. El 55% de los dependientes de farmacias tradicionales y el 13% de los de cadenas dijeron que recibían menos de una visita por semana. Estas respuestas fueron opuestas a lo que habíamos anticipado pues pensábamos que los representantes no tendrían incentivo para ir a las farmacias de cadena ya que las compras se deciden en las oficinas corporativas. Por otra parte, también pueden indicar que las farmacias tradicionales están perdiendo interés para los laboratorios porque van perdiendo mercado.

Otro hallazgo inesperado fue que, como comentamos en el Capítulo 3, la industria provee la mayor parte de la formación continuada que reciben los dependientes, quienes en su gran mayoría (21) opinaron que la información que les proveen los representantes es útil; 18 dijeron que se pueden fiar de ella y cinco que les gustaría que los representantes de la industria les visitaran con mayor frecuencia. Solo cinco indicaron que no pueden fiarse de lo que dicen los representantes.

Al dar la oportunidad de que hicieran otros comentarios, dos dependientes de farmacias tradicionales dijeron que la visita de los representantes farmacéuticos les resulta útil porque les traen productos nuevos, y cinco que la información solo es confiable si anexan folletos (5). También se expresaron algunas quejas: cinco dependientes porque los representantes les exigen comprar medicamentos de ciertos mayoristas, cinco porque para poder acceder a los incentivos que ofrece la industria tienen que vender grandes cantidades de sus productos, y cuatro porque se sienten presionados para vender sus productos. El siguiente relato de uno de los dependientes es indicativo de las presiones que reciben los dependientes:

En una ocasión, cuando se pretendía introducir el medicamento Cialis para competir con Viagra, se llevó a cabo una competencia con regalos para los que lograran las mejores ventas y hubo quien obtuvo una televisión por haber vendido 200 cajas de Cialis en un fin de semana.

Otra de las dependientas describió las tácticas de mercadeo de la industria y la manera en que la industria pretende utilizar a las farmacias en sus campañas de marketing:

Es común observar que existen picos estadísticos [aumento de ventas] hasta de un 100% para algunos medicamentos específicos cuando un laboratorio organiza alguna convención y los visitantes de este laboratorio ofrecen un viaje a los médicos a cambio de productividad [aumento de recetas de sus productos]. Y una vez pasado el evento las ventas de ese producto regresan a sus niveles normales o habituales.

La misma dependienta dice que los laboratorios le han ofrecido:

...la posibilidad de que lleve tarjetas de registro de las recetas que escriben los médicos... [a quienes] les fijan metas; y me piden que reporte mensualmente la productividad de la venta de cada médico [número de prescripciones que escribe] a cambio de regalías [que ella recibiría, tales como medicamentos gratis, más descuentos, viajes, artículos eléctricos, etc.] pero no he aceptado ese intercambio.

En general las farmacias exhibían menos propaganda visual de laboratorios farmacéuticos de la que esperábamos haber encontrado. La mayor parte de las veces eran cajas de medicamentos de tamaño superior al normal que se encontraban distribuidas entre las estanterías o colgados del plafón del techo, y unos pocos folletos en el mostrador que describían problemas de salud (adicción al tabaco, alergias, esofagitis) y su tratamiento, todos patrocinados por laboratorios farmacéuticos. Además, algunos dependientes llevaban el nombre de laboratorios farmacéuticos impresos en sus batas blancas. La técnica más utilizada para aumentar las ventas de determinados productos fueron los anuncios de ofertas de medicamentos, incluyendo medicamentos de venta bajo prescripción médica y antibióticos, sobre todo en las farmacias de cadena. Las ofertas se anunciaban en afiches en los escaparates de las farmacias, en folletos que se distribuían a los transeúntes y en los supermercados, y en grandes letreros por encima de las estanterías. Con frecuencia esos letreros estaban en español y en inglés para beneficio de los residentes estadounidenses, y también mencionaban servicios especiales como entregas a domicilio o venta por Internet (ver Figura 4.1).



Figura 4.1. Los descuentos, la habilidad para comunicarse en inglés y facilidades de compra por Internet.

Consideraciones finales

La información que hemos obtenido durante este estudio sugiere que las farmacias mexicanas funcionan como cualquier otro negocio comercial, contribuyen a que aumente innecesariamente el gasto en medicamentos y ejercen muy poca vigilancia sobre el uso adecuado de los mismos. Estas farmacias proveen un servicio necesario para los pacientes crónicos que no tienen acceso regular al médico y necesitan comprar medicamentos sin tener que presentar la receta, pero preocupa la ligereza con la que recomiendan tratamientos con antibióticos y otros productos de escaso valor terapéutico.

Ninguno de los entrevistados mencionó haber recibido entrenamiento formal en farmacoterapia. Nos llamó mucho la atención que las compañías farmacéuticas fueran las únicas instituciones que ofrecen formación continuada a los dependientes de farmacias, a excepción de la COFEPRIS (la agencia mexicana que regula los medicamentos y otros riesgos sanitarios) que ofrece cursos a una de las cadenas. COFEPRIS planea aumentar el entrenamiento de los dependientes, pero en Ciudad Juárez todavía no ha podido captar el interés de los dueños y dependientes de farmacias. Esta relación estrecha con la industria preocupa porque tres cuartas partes de los dependientes confían en la información que reciben y no la identifican como parte de una campaña de publicidad.

Recientemente se ha hablado mucho de reducir la interacción entre los prescriptores —principalmente médicos y dentistas— y la industria, pero en el contexto mexicano donde la mayor parte de los medicamentos que se consumen se obtienen en las farmacias privadas, reducir la influencia de la industria en las farmacias podría ser incluso de mucha más trascendencia. También vale la pena notar que, en nuestra muestra, no identificáramos diferencias entre los dependientes entrenados por la COFEPRIS y los de otras cadenas, ni en la forma de interacción con los clientes ni en sus respuestas a los casos clínicos y conocimientos sobre los antibióticos; quizás se deba a que el entrenamiento de la COFEPRIS acentúa más los aspectos de regulación, administración y atención al cliente que aspectos relacionados con el uso adecuado de los medicamentos.

La falta de profesionalización de las farmacias contrasta con la importancia de estos establecimientos como proveedores de servicios de salud, en donde además de dispensar se prescriben medicamentos. La realidad mexicana se contrapone con lo que sucede en países industrializados, especialmente Inglaterra, Australia, Estados Unidos y otros países europeos donde, a pesar de las restricciones para acceder a los medicamentos que precisan receta, se exige que los que dispensan medicamentos tengan los conocimientos necesarios para promocionar su uso adecuado y se discuten las circunstancias bajo las cuales pueden llegar a prescribir medicamentos (Lutz *et al.*, 2009; Nissen, 2009). También contrasta con la de otros países de la región como Argentina, Brasil y Chile, por mencionar unos pocos, que exigen la presencia de un farmacéutico en la farmacia, aunque no siempre realicen trabajo dispensarial. Al menos en esos lugares el farmacéutico puede ser un recurso para consultas.

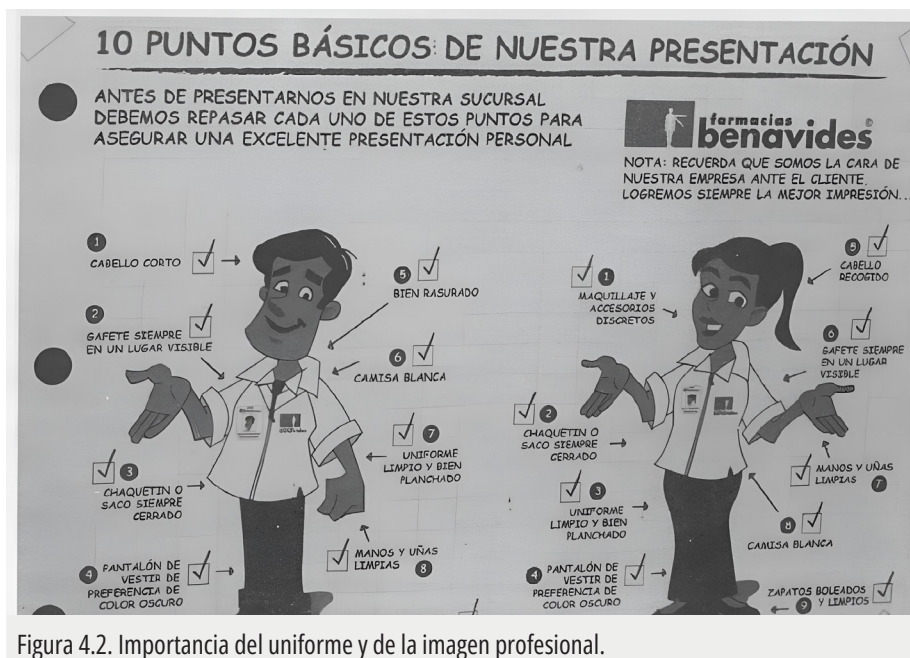


Figura 4.2. Importancia del uniforme y de la imagen profesional.

La falta de entrenamiento de los dependientes en las farmacias mexicanas no es obvia al entrar en una farmacia. Todos los dependientes entrevistados, menos tres que eran dueños de farmacias tradicionales, llevaban una bata blanca, dando falsamente a entender que cuentan con los conocimientos de un profesional de la salud. En el caso de Ciudad Juárez esos uniformes son una de las estrategias que utilizan las farmacias para competir por clientes. Una de las cadenas incluso tiene posters indicando cómo debe lucir el uniforme de los empleados (ver Figura 4.2) y cómo deben tratar a los usuarios (ver Figura 4.3).

El uniforme y la confianza que proyectan los dependientes, que en su mayoría piensan que tienen los conocimientos necesarios para recomendar medicamentos, contribuyen a que los clientes les tengan confianza y, como hemos visto en este estudio, a veces los clientes incluso se fían más del dependiente que del médico que escribió la receta.

Los datos recabados en el estudio demuestran que la comunicación entre los dependientes y los clientes es muy limitada. Las observaciones de la interacción cliente-dependiente indican que hay grandes deficiencias en el proceso de dispensación. Fueron muy pocos los dependientes que se aseguraron de que el medicamento vendido fuera el adecuado para la condición del paciente y que este saliera de la farmacia sabiendo utilizar el medicamento de forma segura y eficaz. Las respuestas a los casos clínicos también muestran una fuerte tendencia a solucionar los problemas con medicamentos, limitando las referencias a consulta médica, y con frecuencia haciendo recomendaciones erróneas. Desafortunadamente otros



Figura 4.3. Recomendaciones sobre la atención al cliente.

investigadores han encontrado situaciones parecidas en otros entornos. Kroeger *et al.* (2001) evidenciaron que el 80% de las recomendaciones que se ofrecieron en dos ciudades de Guatemala y de dos ciudades de Chiapas (México) a los pacientes ficticios que fingieron tener un episodio de diarrea o una infección de vías respiratorias altas no fueron adecuadas. El problema es todavía mayor cuando se trata de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Según Turner *et al.* (2003) las farmacias de la ciudad de México diagnosticaron adecuadamente a menos del 12% de los pacientes que acudieron con una ETS y recomendaron el tratamiento adecuado entre el 12 y 16% de los casos.

En Ciudad Juárez los dependientes de las farmacias tradicionales mostraron mayor interés en interactuar con los clientes, refirieron más pacientes a consulta médica y fueron más cautelosos en recomendar medicamentos, incluyendo antibióticos, que los dependientes de farmacias de cadena, presumiblemente porque tienen más interés en mantener la relación con sus clientes. Por otra parte, las farmacias tradicionales promueven más la venta de medicamentos de marca que los genéricos. Esto indica que el consumo y gasto irracional en medicamentos aumentará a medida que las farmacias tradicionales sigan cerrando sus puertas y crezca el número de farmacias de cadena, lo cual parece inevitable.

La dispensación inadecuada es el resultado de una confluencia de factores:

- 1) los dependientes desconocen sus funciones y carecen de pautas para asegurar que durante su interacción con los pacientes se aborden los temas indispensables para que cuando el cliente salga de la farmacia pueda utilizar el medicamento en forma segura y eficaz;
- 2) el proceso de comunicación no garantiza que el paciente haya entendido y haya memorizado lo que le ha comentado el dependiente;
- 3) los dependientes no tienen los conocimientos mínimos de farmacología para hacer recomendaciones terapéuticas adecuadas, ni siquiera para los problemas que ocasionan consultas frecuentes en las farmacias, y tampoco cuentan con algoritmos que les faciliten hacer un diagnóstico correcto y dar indicaciones adecuadas para un tratamiento;
- 4) los dependientes tienen incentivos para dispensar medicamentos y consecuentemente contribuyen a la sobremedicalización de los clientes;
- 5) hay conflictos de interés entre los laboratorios farmacéuticos, las distribuidoras, los dueños de farmacia y los dependientes que se han estudiado poco, pero que están influyendo en la dispensación y venta de medicamentos en las farmacias de Ciudad Juárez.

Por otra parte, es positivo que, aunque muchos de los entrevistados sienten que están capacitados para recomendar medicamentos, la mayoría expresaron una demanda insatisfecha de cursos de formación continuada, interés en mejorar la gama de servicios que ofrecen las farmacias, y algunos hasta en profesionalizar la dispensación de medicamentos. Por ello, si el Ministerio de Salud, la COFEPRIS, o las universidades organizaran cursos en dispensación y farmacia clínica, adecuados al nivel de educación que tienen los dependientes, quizás podrían impedir que la industria farmacéutica y los visitantes médicos siguieran llenando este vacío en el acceso a la información. Uno de los primeros pasos que se podrían dar es la elaboración de un manual para el que dispensa el medicamento, y de algoritmos para el diagnóstico y tratamiento adecuado de patologías comunes. Hay un sinnúmero de documentos y materiales elaborados por diferentes ministerios de salud y organizaciones no gubernamentales que podrían facilitar esta labor (Wiedenmayer *et al.*, 2006; AIS Nicaragua, 2001).

Se necesita que los dependientes de las farmacias mexicanas se transformen en técnicos de farmacia y que reciban una educación formal sobre dispensación y técnicas de comunicación. Un paso intermedio, en tanto que se tecnifique la importante labor dispensarial, sería identificar a los dueños de las farmacias y a los dependientes que comparten estas inquietudes e ir estableciendo farmacias modelo que vayan paulatinamente cambiando las expectativas de los clientes y el papel del que dispensa medicamentos. Lo ideal sería conseguir que las farmacias compitieran por la calidad de los servicios que prestan y no por las rebajas que hacen de sus productos.

Independientemente de la dirección que se decida tomar, urge mejorar el desempeño de los que dispensan medicamentos en Ciudad Juárez y organizar una

campana para promover el uso adecuado de antibióticos en la región fronteriza. En las zonas de fronteras el uso inadecuado de antibióticos de un país tiene repercusiones negativas en el vecino y por ello es necesaria una acción coordinada entre las autoridades sanitarias de los dos lados que incluya un programa educativo no solo para los dispensadores sino también para los prescriptores que los recetan sin seguir las pautas establecidas en las fichas técnicas y para la población que las exige.

La falta de acceso a servicios de salud de una parte de la población ya sea en uno o en los dos lados de una frontera induce a la automedicación a las personas que por razones económicas no pueden acceder a los servicios de salud. Al presente, este es el caso en la frontera EEUU-México (Homedes, 2008). Dada la popularidad de los antibióticos, hay una tendencia a comprarlos sin receta creando un dilema para las agencias reguladoras de medicamentos. Si no permiten dispensar antibióticos sin receta, como debiera ser el caso, los que no pueden obtenerla, en su mayoría los pobres, se ven privados de un medicamento eficaz para muchas condiciones. Si permiten dispensarlos sin receta, como es el caso en México, pueden contribuir a crear resistencias, con las implicaciones tan severas que ello conlleva. No hay una respuesta fácil, pero mejorar la prescripción y la dispensación y educar a la población pueden ser muy importantes para disminuir el riesgo.

Hemos visto los conflictos de interés que tienen las farmacias y los dependientes en aumentar las ventas, resultado de las presiones que ejercen la industria farmacéutica, los distribuidores y en el caso de las cadenas más que en las tradicionales, la necesidad de generar beneficios al capital invertido. También se dan, como hemos visto, conflictos de interés por parte de los prescriptores. Por lo tanto, las intervenciones educativas por sí solas no aseguran el uso adecuado de medicamentos, y será necesaria la intervención de las agencias reguladoras para asegurar que la búsqueda de beneficios de unos y otros no tenga un impacto negativo en la salud de los ciudadanos.

Referencias bibliográficas

- AIS Nicaragua (2001). *Buscando Remedio*. Matagalpa: AIS Nicaragua.
- Homedes, N. (2008). *The Health Seeking Behavior of Undocumented Immigrants in El Paso County*. Final Report for El Paso del Norte Health Foundation. El Paso: El Paso del Norte Health Foundation. Febrero.
- Kroeger, A.; Ochoa, H.; Arana, B.; Díaz, A.; Rizzo, N.; Flores, W. (2001). Inadequate Drug Advice in the Pharmacies of Guatemala and Mexico: the Scale of the Problem and Explanatory Factors. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 95, 605-616.
- Leyva Flores, R.; Kageyama, M. L.; Eriviti-Erice, I. (2001). How People Respond to Illness in Mexico: Self-Care or Medical Care. *Health Policy*, 57, 15-26.
- Lutz, E. M.; Rovers, J.; Mattingly, J.; Reed, B. N. (2009). Pharmacy Practice Around the World. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49, 4-10.
- Nissen, L. (2009). Current Status of Pharmacist Influences on Prescribing of Medicines. *American Journal Health-Systems Pharmacy*, 66, s29-s34.

- Turner, A. N.; Elletson, C.; Thomas, S.; García, S. (2003). Diagnosis and Treatment of Presumed STIs at Mexican Pharmacies: Survey Results from a Random Sample of Mexico City Pharmacy Attendants. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 224-228.
- Wiedenmayer, K.; Summers, R. S.; Mackie, C. A.; Gous, A. G. S.; Everard, M. (2006). *Developing Pharmacy Practice. A Focus on Patient Care*. Handbook [WHO/PSM/ PAR/2006.5]. Ginebra: WHO.

Segunda parte

Las farmacias del Caribe y América del Sur



24 SCRIPT SPACES

PC

10 POINT Type

10 POINT Type

Capítulo 5

Las farmacias en Argentina

Pedro Armando, Nancy Sold, Sonia Uema, Elena Vega

Introducción

Argentina (con 41 millones de habitantes) es una república federal presidencialista conformada por 25 jurisdicciones, o 24 provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del gobierno nacional. El sector sanitario está descentralizado y cada provincia cuenta con su Ministerio de Salud. Constitucionalmente, las provincias son responsables de la salud de la población, siendo autónomas para legislar en esta materia, pero no pueden contravenir la legislación nacional en aquellos aspectos expresamente delegados a la Nación. Los municipios, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico, suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar sus propias acciones de salud.

Como muchos otros países a principio de la década de 1990, siguiendo las reformas neoliberales en boga, Argentina desreguló la economía. El impacto en todos los sectores fue severo, incluyendo el sanitario (Acuña & Chudnovsky, 2002). Los precios de los medicamentos subieron significativamente, se flexibilizaron las condiciones de habilitación de las farmacias en el territorio nacional, se permitió la comercialización de medicamentos de venta libre (sin receta u *over the counter* [OTC]) fuera de las farmacias y se extendió la autorización para la importación de medicamentos a farmacias, droguerías (distribuidoras), hospitales (públicos y privados) y obras sociales¹. Para 2001 la liberación económica había llevado al país a una severa depresión económica que obligó al gobierno a tomar medidas para paliar los efectos del desempleo y la pobreza, que llegó a afectar a millones de ciudadanos.

En este capítulo, después de presentar los tipos de farmacia que existen en Argentina y los efectos que la desregulación ha tenido en su funcionamiento, se describe el ejercicio profesional del farmacéutico. En la última parte se hace una evaluación de la nueva legislación sobre medicamentos que surgió como consecuencia de la depresión económica (Alomar *et al.*, 2006) y de los vacíos legislativos que aún quedan.

¹ Las obras sociales, mutuales o subsector de la seguridad social, son financiadas con aportes obligatorios de trabajadores y empleadores, jubilados y pensionados.

La farmacia y su entorno

En Argentina hay varios tipos de farmacia. Los hospitales tanto públicos como privados, suelen contar con servicios de farmacia para los pacientes internados. Las farmacias de los hospitales públicos atienden tanto a los pacientes internados como aquellos ambulatorios pertenecientes a programas sanitarios específicos para pacientes con HIV-sida, diabetes y tuberculosis.

Los centros de atención médica del sector público, ya sean provinciales o municipales, con o sin internación, pueden tener sus propias farmacias para las personas que usan sus servicios, a quienes les dispensan gratuitamente los medicamentos. A partir de la década de 1990, algunas provincias y municipios crearon laboratorios de producción de unos pocos medicamentos de alto consumo que se distribuyen y dispensan gratuitamente a través de los centros de salud u hospitales públicos.

Muchos de los centros municipales de atención primaria, también conocidos en Argentina como CAP, no tienen farmacia. Como respuesta a la depresión económica del 2001, el Ministerio de Salud de la Nación creó en 2002 el programa Remediar. En 2003, Remediar distribuía gratuitamente cincuenta medicamentos a través de más de 5.000 CAP en todas las provincias del país, a una población estimada en casi quince millones que no tenía seguro médico ni acceso a medicamentos (Marín *et al.*, 2008). El programa sigue vigente y se distribuye a más de 6.200 establecimientos².

Ante la situación real de personas con severos problemas de salud, incluyendo hipertensos, diabéticos, asmáticos y patologías agudas severas (sobre todo entre menores), las autoridades sanitarias decidieron que, en los CAP sin farmacia, cualquier miembro del equipo de salud entregara los medicamentos prescritos por el médico. La distribución de los medicamentos a los CAP va acompañada de un manual con consejos útiles para promover su almacenamiento, conservación y uso apropiados. Una vez superada la crisis económica, se ha criticado que no sean farmacéuticos quienes entreguen los medicamentos de Remediar (Mirada Profesional, 2008a).

Las obras sociales también pueden tener sus propias farmacias, conocidas como farmacias mutuales, sociales o sindicales, que atienden exclusivamente a sus beneficiarios. El costo del medicamento para el paciente es variable de acuerdo a la obra social, oscilando entre el 20 y 80% de su valor, con un promedio estimado en 40%. Para algunos programas especiales el medicamento es gratuito.

Como en muchos otros países, hay dos tipos de farmacias privadas: las farmacias de cadenas —cuyo número está aumentando cada día— y las farmacias cuyos dueños son farmacéuticos o terceros particulares. A todas estas farmacias, incluidas las de cadena, les llamaremos en este capítulo *comunitarias*. En textos legales y normativos de diferentes provincias se les puede referir como farmacias dispensatorias o dispensadoras, farmacias privadas, farmacias oficiales u oficinas de farmacias. Por su cantidad y su buena distribución geográfica pueden satisfacer la demanda

² Información sobre este programa se puede encontrar en: Remediar. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Argentina [consultado 08/06/2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar>

de servicios farmacéuticos de la población en general. En la actualidad hay 12.000 farmacias comunitarias distribuidas en todo el territorio argentino.

La reglamentación sobre la propiedad de la farmacia depende de la legislación de cada provincia. Las diferencias en las legislaciones provinciales hacen que en algunas provincias existan las cadenas de farmacias, mientras que en otras no estén permitidas. Igualmente, en algunas provincias es obligatorio que se mantengan distancias mínimas entre farmacias y/o se permita su instalación por número de habitantes, mientras que en otras no es así. Actualmente, ante la burocracia normativa provincial y las interpretaciones subjetivas de las autoridades competentes, se está regulando más eficazmente algunos de estos aspectos desde los municipios (gobiernos locales). Aunque esta no es una tendencia general, pues se requiere la sanción de ordenanzas que no supongan contravención a las leyes provinciales, pueden reglamentar aspectos no contemplados en ellas (vacíos normativos) y pueden tener también la voluntad política para su implementación.

En todo el país es obligatorio que un farmacéutico matriculado sea el director técnico de una farmacia. En las provincias, la autoridad sanitaria que habilita las farmacias es también la que otorga la matrícula (licencia) profesional a los farmacéuticos, aunque esta función puede estar delegada en los colegios profesionales. En estos casos la colegiación es obligatoria.

Pese a su amplia difusión, la farmacia comunitaria no está claramente definida en la legislación nacional o en las provinciales, aunque sí se especifican los requisitos que deben cumplir los locales para su habilitación y las obligaciones y funciones del farmacéutico como director técnico, así como las prohibiciones. De acuerdo a la legislación, las funciones de las farmacias incluyen:

- La dispensación de medicamentos.
- La elaboración de medicamentos magistrales, oficiales y/u oficinales.
- Asesoramiento al paciente sobre la utilización de medicamentos y otros productos sanitarios.
- Promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación sanitaria a la población.

Otras funciones tales como la vacunación, la aplicación de inyectables, curaciones o atención en casos de urgencia médica, deben estar autorizadas o permitidas en la legislación provincial.

Tanto las farmacias de cadenas como las particulares ofrecen los mismos servicios básicos relacionados con el medicamento. La diferencia radica en la variedad de otros productos que venden y en la amplitud de los horarios de atención de los locales.

Contexto económico-financiero de las farmacias comunitarias

En las provincias que han autorizado la apertura de farmacias de cadenas y suprimido la regulación de distancias mínimas entre farmacias, ha habido una tendencia a la concentración de farmacias comunitarias, especialmente de cadenas, en las calles y zonas comerciales, dejando los barrios o zonas de poca circulación sin acceso cercano al medicamento. El resultado es que 30% de la facturación se concentra en tan solo 1.000 farmacias (Sanguinetti, 2008).

Por otra parte, algunos laboratorios productores de medicamentos, también son dueños de cadenas de farmacias. El 86% de los medicamentos se distribuye a través de droguerías. Tres de ellas comercializan el 60% de la distribución mayorista y son propiedad de laboratorios (Sanguinetti, 2008). Es decir, en Argentina existe una integración vertical del medicamento que tiene características oligopólicas. La integración vertical tiene consecuencias económicas severas para las farmacias comunitarias pequeñas y medianas que, por su tamaño, no pueden competir con las cadenas. Como se verá más adelante, su supervivencia está en riesgo.

El farmacéutico comunitario es el único profesional sanitario cuya ganancia proviene del margen que dejan las ventas de productos y no por el servicio sanitario que brinda. El bajo margen de ganancias finales por venta de medicamentos ha obligado a los farmacéuticos comunitarios a diversificar los productos que venden. La venta de otros productos reduce el tiempo que tienen disponible para ofrecer servicios farmacéuticos (Uema *et al.*, 2001), realidad que como se verá ha quedado confirmada en los resultados de una encuesta (Armando *et al.*, 2005).

Actualmente, el margen por dispensación de un medicamento llega, en promedio, de un 30 a un 35% del precio sugerido al público. El porcentaje depende del volumen de compra a los proveedores (ya sean droguerías o laboratorios farmacéuticos) y debe abonarse en un plazo que oscila entre siete y treinta días desde la adquisición de los mismos. Como contrapartida, las obras sociales que no tienen farmacias o las empresas de medicina prepaga (privadas) abonan a las farmacias sus prestaciones en un plazo que oscila entre 60 a 120 días y retienen un importe en concepto de *bonificación* sobre el precio público del medicamento que fluctúa entre 10 y 25%. Las bonificaciones, impuestas por la industria farmacéutica, reducen el margen de ganancias neto del farmacéutico entre 10 y 20% real, porcentaje que no incluye las pérdidas por el retraso de los pagos. Se estima que el 50% de los medicamentos se dispensa por medio de obras sociales y prepagas (Mirada Profesional, 2008b). Es decir, la farmacia comunitaria, con un margen de rentabilidad muy escaso, participa en la financiación del sistema de salud.

Las farmacias comunitarias particulares, pequeñas y medianas, enfrentan otros problemas financieros menos visibles tales como: el mantenimiento de un cierto volumen de stock o las pérdidas por no mantenerlo, el vencimiento de los medicamentos, las dificultades financieras de los pacientes que les obliga a diferir el pago, las variaciones estacionales de consumo, los cambios en los perfiles de prescripción

y la influencia de la promoción y la publicidad de medicamentos. Los perfiles de consumo y de prescripción de medicamentos varían notablemente por imposición publicitaria o promocional (sin sustento científico), ya sea dirigida al público o a los profesionales.

Para enfrentar los bajos márgenes que deja la venta de medicamentos, las cadenas de farmacias utilizan estrategias que desvirtúan la farmacia como espacio de servicio de salud convirtiéndolo en un espacio comercial. El modelo comercial desarrollado por las cadenas incluye: envíos a domicilio, góndolas al estilo de los supermercados, pedidos por Internet, productos de consumo masivo, revelado de fotos, etc. Así, los consumidores pueden pasear por las góndolas, elegir un par de anteojos o un pequeño electrodoméstico, comprar yerba mate, azúcar o golosinas, pagar impuestos, recargar el teléfono celular y, de paso, adquirir el medicamento recetado por el médico (Sanguinetti, 2008).

Las cadenas han desarrollado el concepto de *farmacia shopping*, en donde los medicamentos de venta libre deben competir contra otros productos por un espacio en la góndola. El modelo sigue más las reglas de marketing comercial que las de una política sanitaria cuyo objetivo es la salud del paciente. En los últimos años, con una economía estable, este modelo de farmacia ha atraído cada vez más fondos inversores con el consiguiente crecimiento de las cadenas. Aprovechan las ventajas de las economías de escala, con lo cual pueden ofrecer mejores precios, promociones excepcionales, facilidades de pagos e, incluso, el sorteo de premios tales como automóviles y electrodomésticos.

El nuevo modelo deja en evidente desventaja a las farmacias particulares, las que por razones de supervivencia no pueden dejar de atender al sistema de obras sociales y prepagas. Por ello, estas farmacias se esfuerzan en reducir costos, realizar una gestión eficiente de las compras y ventas y administrar mejor el stock, permitiendo maximizar la rentabilidad por metro cuadrado y por empleado, pero los esfuerzos no son suficientes.

De acuerdo a datos de los colegios y cámaras del sector farmacéutico, en Argentina se cierran cuarenta farmacias por mes, a pesar de que las ventas de medicamentos alcanzan anualmente US\$ 2.500 millones y de ser, en América Latina, el tercer país con el consumo de medicamentos per cápita más alto. El 50% de las farmacias comunitarias tiene problemas causados por los retrasos en los pagos o están a punto de quebrar (Sanguinetti, 2008).

La ausencia del Estado, consecuencia de una política neoliberal extrema, tiende a perjudicar a los más débiles y a beneficiar la concentración y el monopolio: el mercado queda en manos de la industria farmacéutica y de las grandes cadenas. A las farmacias comunitarias particulares (pequeñas y medianas) les resulta difícil hacer valer sus intereses.

Al complejo sistema de suministro de medicamentos se suma el problema de las falsificaciones. Se considera que el 7% del mercado actual, que desde 2001 a la fecha creció más del 50%, corresponde a medicamentos falsificados. A causa de ello, en Argentina se ha planteado, para asegurar la calidad del medicamento (en términos de seguridad y eficacia), el desarrollo de un sistema de monitoreo o *trazabilidad* desde su

fabricación e importación, si fuera el caso, siguiendo su distribución hasta el punto de comercialización para detectar falsificaciones o adulteraciones que pudieran darse.

Cuando los pacientes se alejan del canal profesional de distribución y dispensación, es decir la farmacia, controlar la trazabilidad del medicamento se dificulta. En general, la compra de medicamentos en kioscos, supermercados, comercios barriales o en la vía pública hace difícil la verificación y ponen en peligro la salud de la población. En cambio, en las farmacias hay un doble control más estricto: económico, a través de los agentes de recaudación, y sanitario, por parte del órgano de aplicación correspondiente (Mirada Profesional, 2008c).

Finalmente, está aumentando la venta de medicamentos por Internet, que en Argentina es ilegal. Según relevamientos realizados por colegios profesionales, hay alrededor de 300 sitios de Internet que se dedican a la venta online. Así se pueden obtener medicamentos que requieren receta archivada¹, sin su correspondiente prescripción ni la identidad del comprador (Galván, 2008).

El farmacéutico, su rol y los medicamentos

El farmacéutico es el profesional que la universidad forma como experto en fármacos: un profesional especialista en medicamentos, su uso adecuado y los efectos que pueden tener en quien los use. El Comité de Ministros de Salud Pública del Consejo de Europa presenta al farmacéutico como experto en medicamentos y a los farmacéuticos comunitarios, en particular, como los profesionales de la salud más fácilmente accesibles para los pacientes (Consejo de Europa, 2001).

De acuerdo a lo manifestado por diferentes organizaciones internacionales (OPS/OMS/FIP, 1993; QMS, 1994; OMS, 2004; Wiedenmayer *et al.*, 2006) se debe continuar trabajando para que la dispensación siga en manos del farmacéutico. Sin embargo, en Argentina, la realidad nos muestra que, tanto en el ámbito público como en el privado, la mayoría de su tiempo, lo ocupa en gestionar compras u otras tareas burocráticas, desaprovechando su formación y conocimientos.

En Argentina, como en otros países, algo ha cambiado. Durante muchos años, cuando el ciudadano tenía problemas de salud era frecuente que su primer contacto fuera el farmacéutico. El farmacéutico era consultado, respetado y próximo a quien lo necesitara. Si bien esto se mantiene en algunas farmacias de barrio o en los pueblos, en los últimos 20 años ha cambiado notoria y visiblemente en la mayoría de las ciudades, junto al perfil más comercial de las farmacias.

¹ La condición de “venta bajo receta archivada” corresponde a todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales constituidos por principios activos que por su acción solo deben ser utilizados bajo rigurosa prescripción y vigilancia médica, por la peligrosidad y efectos nocivos que un uso no controlado pueda generar. En las farmacias, estas recetas se asientan (transcriben) en el Libro Recetario y se archivan por el tiempo que determina la autoridad de aplicación.

Formación e incumbencias profesionales

Desde que —hace más de 70 años— se industrializó la producción de medicamentos, el farmacéutico dejó progresivamente de producir medicamentos magistrales y oficinales en la farmacia, actividad que había ejercido durante muchas décadas y para la cual la universidad lo había preparado. El cambio creó una crisis de identidad y una disociación entre la formación académica y el ejercicio profesional que todavía no se ha superado y se vienen discutiendo mundialmente (Fontana *et al.*, 2008).

El aumento del número de medicamentos en el mercado, su complejidad y el incremento de pacientes polimedicados son algunas de las razones que requieren que el farmacéutico oriente su labor profesional al seguimiento farmacoterapéutico y a mejorar el uso adecuado de los medicamentos. En Argentina, como se verá más adelante, en las universidades se han hecho esfuerzos, pero aún no los suficientes, para adaptar los programas de estudios a la nueva realidad. Se han introducido algunos cambios curriculares necesarios a partir de una resolución del Ministerio de Ciencia y Tecnología (2004), que ha incluido la atención farmacéutica entre los contenidos básicos de la carrera y las actividades profesionales reservadas al farmacéutico, donde se considera que el farmacéutico forma parte del equipo de salud. Pese a ello, continúa la disonancia entre la formación y el quehacer del farmacéutico².

Tampoco ha conseguido mejorar sustancialmente esta situación el hecho de que algunas obligaciones derivadas de las normativas favorecen, directa o indirectamente, el desarrollo de la atención farmacéutica (Uema *et al.*, 2006)³. Entre ellas se pueden mencionar: la presencia continua del farmacéutico en la farmacia, en carácter de director técnico; la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico (Uema *et al.*, 2003b); la dispensación de los medicamentos como actividad de incumbencia profesional exclusiva del farmacéutico; la responsabilidad de informar al paciente y a la sociedad sobre los medicamentos; y las guardias farmacéuticas, también conocidas como turnos obligatorios con el que se ofrece un servicio continuado de 24 horas durante todos los días del año.

En una encuesta destinada a los farmacéuticos asistenciales argentinos de diferentes ámbitos laborales y provincias, se buscó identificar las barreras que, según los participantes, dificultaban las actividades de atención farmacéutica (Uema *et al.*, 2008b). Se recolectaron noventa cuestionarios en los cuales se mencionaban 323 barreras que se agruparon en 18 categorías. El 80% de las respuestas se puede circunscribir a ocho barreras principales. Las más importantes fueron: falta de tiempo, falta de capacitación y dificultades en la comunicación (con los pacientes y con el

² Se consideran actividades exclusivas del farmacéutico: dirección técnica de farmacias, servicios de esterilización, herboristerías, droguerías, distribuidoras y laboratorios farmacéuticos; elaboración y dispensación de medicamentos; investigación y diseño, desarrollo, producción, control de calidad, envasado, almacenamiento y distribución de medicamentos.

³ Ley 17565, Ley 25649 y Resolución 566/2004 MECyT. Se agregan y/o complementan con normativas provinciales específicas.

equipo de salud). Se debe destacar que, en esta encuesta, la falta de compensación económica figuró entre las barreras menos mencionadas (1%).

En los últimos años se ha desarrollado una gran variedad de programas y cursos de formación sobre atención farmacéutica, principalmente coordinados por los colegios de farmacéuticos y la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). Aunque los farmacéuticos acceden a dichos cursos y la oferta es abundante, no se observan mejoras significativas en la práctica profesional diaria debido a la planificación de una propuesta sin implementación de mejoras (desarrollo teórico) o a la falta de continuidad en las actividades⁴.

En la provincia de Córdoba, la Universidad Nacional de Córdoba y el Colegio de Farmacéuticos realizaron un programa para implementar el seguimiento farmacoterapéutico (Armando *et al.*, 2005). La intervención farmacéutica consiguió resolver un elevado porcentaje de problemas relacionados con medicamentos (78%) con una aceptación importante de las sugerencias por parte de los médicos (75%). Con este trabajo se demostró la factibilidad de insertar a los farmacéuticos comunitarios en el equipo de salud y de conseguir una disminución significativa de la morbilidad relacionada a medicamentos. Se demuestra, además, que la suma de esfuerzos entre las universidades y las asociaciones profesionales constituye un camino adecuado para llevar a la práctica el concepto de atención farmacéutica.

Posteriormente se desarrollaron y validaron instrumentos tendientes a valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios de dispensación y de consulta o indicación farmacéutica (Armando, 2007; Armando *et al.*, 2007).

El cuestionario de satisfacción sobre el servicio de dispensación valora, entre otros, aspectos tales como: interés del personal de la farmacia para colaborar con el paciente en el manejo de los medicamentos; información y asesoramiento brindado; y disposición del paciente para mantener al farmacéutico al tanto de los cambios en los tratamientos con medicamentos. Durante la validación de este cuestionario, los pacientes expresaron comentarios adicionales de agradecimiento sobre el servicio recibido y otros relacionados con la calidad de la atención prestada, amabilidad, costo y disponibilidad de medicamentos. Asimismo, dicho instrumento mostró evidencias de validez (de contenido, como estructura interna y relacionada con otras variables) y fiabilidad para valorar la satisfacción de pacientes con el servicio de dispensación en las farmacias comunitarias argentinas. Este tipo de cuestionario permite evaluar periódicamente la calidad de los servicios profesionales brindados en las farmacias comunitarias del país (Armando, 2007).

A pesar de lo relatado, el desarrollo de un proyecto de atención farmacéutica de alcance generalizado en Argentina continúa siendo una asignatura pendiente.

⁴ A modo de ejemplo, los autores han participado en algunas experiencias concretas: Armando *et al.*, 2003 y Uema *et al.*, 2008a.

Auxiliares de farmacia

Bajo esta denominación, o la de empleados de farmacia, se ha agrupado a todo el personal que trabaja en las farmacias, excepto los farmacéuticos. En la actualidad, no hay requisitos específicos de formación para los auxiliares de farmacia, ni se requieren títulos oficiales, pero hay una gran oferta y demanda de cursos para auxiliares de farmacia. Es un puesto de trabajo reconocido, pero sin educación formal oficialmente avalada ni certificada.

Dada la necesidad de formación de estos recursos humanos, a nivel de servicios de farmacia de hospital se han podido organizar para trabajar y acordar tareas junto a los farmacéuticos (AAFH, 2006; 2008). En las farmacias privadas o comunitarias, sus tareas se acuerdan con los propietarios y los farmacéuticos. Los auxiliares o empleados de farmacia están organizados en la Federación Argentina de Trabajadores de Farmacias que es un sindicato reconocido tanto por el número de sus asociados como por su historial gremial⁵.

Legislación y normativas en materia de farmacia y medicamentos

A excepción de la ciudad de Buenos Aires, que es la Capital Federal, la legislación argentina sobre medicamentos y el ejercicio profesional del farmacéutico corresponde a las provincias. Por lo tanto, las leyes y decretos nacionales tienen aplicación y validez automática en la ciudad de Buenos Aires, mientras que las provincias deben adoptar expresamente la legislación nacional o aprobar sus propias leyes. Cabe destacar que las leyes provinciales deben marcar explícitamente en sus textos las diferencias con las normas nacionales, para evitar malinterpretaciones o ambigüedades en su aplicación. En general, las leyes provinciales sobre farmacia han sido redactadas a partir de la Ley de Medicamentos de 1964 y la Ley de Farmacia de 1967, que son las leyes marco nacionales (ver Anexo).

Como se ha mencionado, las reformas neoliberales tuvieron impacto en el mercado de medicamentos. Con el objetivo de compatibilizar el mercado del medicamento y las reformas neoliberales, el gobierno modificó y/o derogó leyes y normativas. En 1992, siguiendo la recomendación del Ministerio de Economía (sin el acompañamiento simultáneo de las autoridades sanitarias), el presidente emitió el Decreto 150 que afectó al registro, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. El objetivo era incrementar la competencia del mercado junto con un primer intento de promover el uso del nombre genérico, es decir la Denominación Común Internacional, en la

⁵ Más información sobre la Federación Argentina de Trabajadores de Farmacias se puede encontrar en el sitio web <https://fatfa.org.ar>

prescripción. Decimos un intento porque la obligación de prescribir por nombre genérico se dejó a la voluntad del prescriptor y la industria farmacéutica quedó limitada a incorporar el nombre genérico junto al nombre comercial o de marca (los dos debían ser de igual tamaño y realce) en envases, prospectos y documentos para trámites oficiales. Se esperaba que la competencia en el mercado redujera los precios y beneficiara al usuario lo cual, como se ha mencionado, no ocurrió; al contrario, los precios subieron significativamente.

En el año 2000, se aprobó el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, que fortalecía el proceso de federalización y descentralización, y los sistemas de regulación y control de la calidad de los alimentos, medicamentos y tecnología médica. En el mismo año el Ministerio de Salud aprobó unas normas de organización y funcionamiento de farmacia en establecimientos asistenciales, públicos y privados, con internación. Estas normas se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y, de acuerdo al nivel de riesgo de los establecimientos asistenciales, los servicios de farmacia deberán desarrollar una serie de actividades y requisitos, obligatoria u opcionalmente, según corresponda. Entre las obligatorias, independientemente de la categorización del establecimiento, se encuentran: gestión, dispensación, elaboración, información sobre medicamentos, farmacovigilancia y docencia e investigación.

Con la depresión económica de diciembre de 2001, Argentina comienza una reorganización general del sector salud y una nueva Política Nacional de Medicamentos por medio de decretos (véase en el Apéndice la legislación a partir del 2002) intenta mejorar el acceso a los medicamentos y la calidad de los servicios farmacéuticos. Hubo tres iniciativas significativas:

- 1) En el 2002 aprobó una ley (reglamentada en 2003) sobre la utilización del nombre genérico en la prescripción y dispensación de medicamentos, que obligaba a los médicos y odontólogos a prescribir con el nombre genérico en la receta, pudiendo sugerir algún nombre comercial del medicamento. El paciente decide cuál compra. Un estudio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación sobre la implementación de la ley indicaba que el farmacéutico, en su rol de asesor, podía favorecer esta política. Si estaba de acuerdo con la legislación, recomendaba la compra de similares o equivalentes farmacéuticos, de lo contrario, pasivamente dejaba prevalecer los medicamentos de marca (Tobar, 2003). En un principio más de la mitad de las recetas se prescribieron por nombre genérico (55%), pero dos años después el porcentaje bajó a 22% (Tobar, 2003; Tobar & Godoy Garraza, 2005). Algunas provincias elaboraron sus propias leyes y reglamentaciones basadas en la norma nacional (ver Anexo VIII en Uema *et al.*, 2003b), aunque la provincia de Córdoba legisló sobre la prescripción y dispensación por nombre genérico luego de la declaración de la emergencia sanitaria (primer semestre de 2002), antes de que lo hiciera el gobierno federal. Sin embargo, la Ley provincial no se reglamentó, pudiendo entonces aplicarse la normativa nacional frente a vacíos legales. Las obras sociales nacionales debie-

ron adecuarse inmediatamente a la Ley nacional, incorporándose paulatinamente el resto de la seguridad social y la medicina prepaga. Actualmente, son las normas de las obras sociales las que obligan al uso del nombre genérico, ya que el incumplimiento de este requisito las exime del reintegro a las farmacias (responsabilidad del copago). Un estudio realizado en Córdoba durante 2006 mostró que el 47% de los medicamentos se prescribieron por nombre genérico (Correa Salde *et al.*, 2008). En la muestra analizada, también se observó que, en el 65% de las recetas, el prescriptor sugirió una marca comercial.

2) El lanzamiento del Programa Remediar que ya se ha discutido.

3) Un tercer pilar de la política de medicamentos fue el establecimiento de los precios de referencia para el formulario terapéutico de la seguridad social (PMOE, 2002).

La intención de la Política Nacional de Medicamentos es promover el acceso de la población a los medicamentos y, en concordancia con ella el Plan Federal de Salud 2004-2007, se orienta a consolidar la regulación del mercado de fármacos, su publicidad y promoción, e incorporar criterios de costo-efectividad en el registro de los medicamentos.

La Ley de Medicamentos de 1964 prohíbe la publicidad de medicamentos de venta bajo receta (en cualquiera de sus categorías) dirigida al público⁶. En 2005, por resolución del Ministerio de Salud de la Nación, se modifica la regulación de la publicidad directa al público de los medicamentos de venta libre por medios masivos de comunicación social: toda publicidad puede ser sancionada si no cumple los criterios éticos retrospectivamente, ya que los anuncios publicitarios no requieren autorización previa. Además, se ha incorporado un sistema de denuncias ágil y de fácil acceso público (por vía postal, telefónica o correo electrónico).

En 2005, por una Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud, se incorpora formalmente a los farmacéuticos como prestadores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Tanto los farmacéuticos como los establecimientos farmacéuticos (sean de atención ambulatoria o de internación) y las redes de prestadores de servicios farmacéuticos, deberán estar inscriptos en el Registro de la Superintendencia para recibir el pago por las prestaciones realizadas (dispensación de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico, entre otras).

La nueva normativa, que tenía un potencial importante para mejorar el ejercicio profesional farmacéutico, pronto quedó sin efecto con una nueva Resolución de la Superintendencia en 2006. Se eliminaron o se modificaron sustancialmente el programa de mejora de la calidad, la capacitación y la historia farmacológica de los pacientes. Las prestaciones se redujeron a la dispensación y la validación en línea de

⁶ Se considera que la difusión de estos medicamentos pone en riesgo la salud pública, que es el bien jurídico tutelado por la norma. Las categorías son: venta bajo receta, venta bajo receta archivada y venta bajo receta oficial.

las recetas⁷. Más recientemente (enero de 2009), ha sido totalmente derogada junto a las normas modificatorias y complementarias. La contramarcha en el rumbo de la normativa original (Resolución 468), al ser propiciada y celebrada por los mismos colegas farmacéuticos, representa una involución profesional.

Solo se mantiene vigente la obligación establecida en 2004 por la Superintendencia para los agentes de seguros de salud (obras sociales y otros seguros) de suscribir contratos de prestación de servicios farmacéuticos y remitir trimestralmente información epidemiológica relevante respetando la confidencialidad de los datos personales de los pacientes (*habeas data* Ley 25.326).

En marzo de 2007, el Ministerio de Salud emite una Resolución en la que se exige que en todo establecimiento farmacéutico deba anunciarse en lugar visible, con un formato y tamaño definido la siguiente información:

Señor Usuario: El médico tratante tiene la obligación de indicar los medicamentos que le prescribe por su nombre genérico. El farmacéutico tiene la obligación de ofrecerle todos los productos que contengan iguales principios activos, de acuerdo a la presentación indicada, haciéndole saber el precio de cada uno de ellos, para que usted elija aquel que le resulte conveniente. Es su Derecho. Continuemos trabajando juntos por el cuidado de su salud.

Y otro, con la siguiente inscripción:

Señor Usuario: No comprometa a su farmacéutico solicitando la venta de medicamentos cuya comercialización ha sido dispuesta como de “Venta bajo receta” o “Venta bajo prescripción médica” sin la respectiva indicación escrita, vigente y actualizada realizada por el médico u odontólogo tratante. No adquiera medicamentos en lugares no autorizados. Recuerde que la automedicación de éstos u otros productos pueden resultar perjudiciales para su salud. Continuemos trabajando juntos por el cuidado de su salud.

En el mismo año, otra Resolución del Ministerio de Salud aprueba las “Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos de Venta Bajo Receta”. En este texto se regula la información dirigida a profesionales que prescriben o dispensan estos medicamentos y se determinan, entre otros aspectos, los requisitos mínimos que deben

⁷ La validación en línea se refiere al proceso de captura y transmisión de datos de las prestaciones que se realizan desde las farmacias (por medio de una infraestructura informática y de telecomunicaciones acorde), así como también a los aspectos relacionados a las respuestas que brinda el autorizador (obras sociales y otros seguros) con relación al suministro de los medicamentos.

incluirse en la información del material promocional, sus características y la función de los agentes de propaganda médica.

En 2008, la agencia reguladora de alimentos y medicamentos ANMAT, a raíz del conocimiento del aumento de medicamentos falsos, dictó una disposición para regular la producción y fraccionamiento de medicamentos.

Actualmente, se encuentra en estudio un proyecto de ley nacional sobre el ejercicio de la profesión farmacéutica en el Congreso de la Nación. En el texto se incluyen una serie de definiciones, entre otras las de atención farmacéutica, dispensación, droga y medicamento. El proyecto también incluye entre los servicios básicos que el farmacéutico debe prestar a la población, cuando se solicite, la atención farmacéutica.

Comentarios finales

La farmacia podría definirse como un servicio o un establecimiento sanitario-asistencial habilitado por la autoridad sanitaria y bajo la responsabilidad de un profesional farmacéutico. Su función primordial es facilitar el acceso de la población a los medicamentos, sin importar quién sea su propietario o si pertenece a una institución de salud, pública o privada.

Las cadenas de farmacia, con su perfil más orientado hacia la rentabilidad (comercial), ha distorsionado la finalidad de la farmacia comunitaria. En el mismo sentido, el farmacéutico intentó adaptarse a los cambios económicos con las limitaciones dadas por el individualismo y el aislamiento laboral-profesional.

El continuo avance y retroceso de la legislación sanitaria en materia de medicamentos es el resultado de la sinergia entre el burocrático e ineficiente sistema de salud argentino y el complejo mercado del medicamento, con sus intereses económicos.

El Estado legisla y actúa sin cumplir sus propias leyes. Es obligación del Estado, a través de las autoridades sanitarias jurisdiccionales, ejercer la fiscalización permanente de los establecimientos farmacéuticos habilitados. Las funciones que desarrolla el farmacéutico deberían ser las mismas independientemente del lugar donde las ejerza, ya sea en una institución o cualquier otro tipo de farmacia. La realidad nos muestra que no es así. El farmacéutico ocupa la mayoría de su tiempo en gestionar compras y otras tareas administrativas, desaprovechando su formación universitaria y sus conocimientos científicos.

Se requiere que el Estado legisle, específicamente, sobre un marco jurídico básico que establezca a las farmacias como ámbito exclusivo para la dispensación de medicamentos y la custodia de los mismos. En el mismo sentido, todos los programas de salud con suministro público de medicamentos deberían estar coordinados y supervisados por profesionales farmacéuticos.

Por ley, siempre debe haber un farmacéutico mientras está abierta una farmacia. Sin embargo, esto no garantiza que se brinde un buen servicio profesional. Las farmacias comunitarias han buscado mantener su rentabilidad diversificando los productos de venta en las mismas y, en general, los farmacéuticos no se han

incorporado a los equipos de salud para contribuir, con su conocimiento especializado en medicamentos, a mejorar el uso adecuado de los mismos.

La integración formal de la farmacia (tanto hospitalaria como comunitaria) al sistema de salud es un reconocimiento postergado desde el punto de vista legal y normativo. Si bien ninguna autoridad sanitaria niega que el profesional farmacéutico pertenezca al equipo de salud, la falta de mención explícita de la farmacia dentro del sistema de salud y del farmacéutico como prestador, refleja una imagen desprofesionalizada y por fuera del sistema sanitario.

Las normativas vigentes tienden a garantizar la equidad, la solidaridad y la universalidad en el acceso a los bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas de salud. Sin embargo, al momento de tomar sus decisiones, el *ciudadano-paciente* se encuentra solo, parcialmente informado y desprotegido.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C.H.; Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento de trabajo N°60. Buenos Aires: Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI). Fundación Gobierno y Sociedad.
- Alomar, A.; Moscoso, N.; Larrosa, J. M. C. (2006). *Determinantes del acceso a los medicamentos: el caso argentino*. [Monografía en Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ykfp52az> (consultado 08/06/2025).
- Armando, P. (2007). *Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias* [Tesis doctoral]. Granada: Facultad de Farmacia, Universidad de Granada.
- Armando, R; Uema, Y. S.; Martínez Pérez, S.; Martí Pallarés, M.; Solá, N. U.; Faus Dáder, M. J. (2007). Validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el servicio de dispensación en farmacias comunitarias. *Atención Primaria*, 39, 591-6.
- Armando, P; Semería, N.; Tenllado, M.; Solá, N. (2005). Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Atención Primaria*, 36, 129-134.
- Armando, P.; Uema, S.; Sola, N. (2003). Seguimiento farmacoterapéutico en las prácticas tuteladas: aplicación de la Metodología Dáder en la identificación de PRM. *ARS Pharmaceutica*, 44, 185-192. Disponible en: <https://tinyurl.com/y95v57ad> (consultado 08/06/2025).
- Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (2006). *Los técnicos de farmacia hospitalaria en la AAFH*. Newsletter de Técnicos y Auxiliares de Farmacia.
- Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH, 2008). *Capacitación para el personal auxiliar de Farmacia Hospitalaria*. Disponible en: <https://tinyurl.com/tz35jb5a> (consultado 08/06/2025).
- Consejo de Europa (2001). Resolución Res AP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp*, 3, 216-222.
- Correa Salde, V. A.; Uema, S. A. N.; Paraje, M. G. (2008). Aplicación de la legislación vigente relacionada con la prescripción y la dispensación de medicamentos empleando su nombre genérico. *Latin American Journal of Pharmacy*, 27, 440-445.

- Fontana, D.; Uema, S.; Vega, E. (2008). *El farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*. En: Programa de Formación Continua para Profesionales Farmacéuticos. Módulo 1. Córdoba (Argentina): Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba.
- Galván, C. (2008). Automedicación: crece la venta de remedios en ciberfarmacias. *Clarín*, 16 de noviembre. Disponible en: <https://tinyurl.com/3h5swx98> (consultado el 08/06/2025).
- Marín, G.H.; Cañas, M.; Homar, C.; Perrotta, M. (2008). Utilización de medicamentos del Programa Remediar en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Latin American Journal of Pharmacy*, 27, 535-542.
- Mirada Profesional (2008a). *Simplemente: "El Remediar"*.
- Mirada Profesional (2008b). *La pelea por las bonificaciones a prepaga: Capital tomó la iniciativa mientras el resto mira*.
- Mirada Profesional (2008c). *Trazabilidad de los fármacos: El principio del fin del medicamento trucho (informe especial)*.
- OMS (1994). *Función del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos*. Resolución de la 47a Asamblea Mundial de la Salud; Mayo. Disponible en: <https://tinyurl.com/4z4uddhm> (consultado 08/06/2025).
- OMS (2004). *Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007*. Lo esencial son los países. [WHO/EDM/2004.2.] Ginebra: OMS. Disponible en: <https://tinyurl.com/rtskj6be> (consultado 08/06/2025).
- OPS/OMS/FIP (1993). *El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*. Informe de la reunión de la OMS. [OPS/HSS/HSE/95.01]. Tokio, OPS/OMS. Disponible en: <https://tinyurl.com/5w7zzchf> (consultado 08/06/2025).
- Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE, 2002). *Ley 23660 anexo III y IV*. Disponible en: <https://tinyurl.com/462w4j8w> (consultado 08/06/2025).
- Sanguinetti, A. (2008). Ya no es negocio vender remedios: se cierran 40 farmacias por mes en el país. *El Cronista*, 25 de mayo. Disponible en: <https://tinyurl.com/ssp8nsj6> (consultado 08/06/2025).
- Tobar, F. (2003). ¿Cuánto son usados los medicamentos por su nombre genérico en Argentina? *Boletín Fármacos*, 6(4), 91-94.
- Tobar, E.; Godoy Garraza, L. (2005). *Políticas de Medicamentos Genéricos comparadas: Argentina versus Brasil*. Buenos Aires, Centro de Gestión y Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.
- Uema, S.; Armando, P.; Solá, N. (2001). Propuesta de cambio para la dispensación de medicamentos en la farmacia comunitaria. *Medicamentos y Salud*, 4, 28-33.
- Uema, S. A.; Armando, R.; Vega, E. M.; Fontana, D.; Correa Salde, V. (2008a). De la teoría a la práctica: aportes para el desarrollo progresivo de actividades concretas de Atención Farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*, 10, 76-80.
- Uema, S.; Correa Salde, V.; Fontana, D. (2003). *Manual para profesionales. Utilización del nombre genérico de los medicamentos: Prescripción-Dispensación* (Publicación docente). Córdoba: Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).
- Uema, S.; Vega, E. M.; Armando, P.; Fontana, D. (2006). *Atención Farmacéutica: ¿esperando una definición perfecta?* Córdoba: Publicaciones de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

Uema, S.; Vega, E. M.; Armando, P; Fontana, D' (2008b). Barriers for Pharmaceutical Care: a Survey to Pharmacists in Argentina. *Pharmacy World & Science*, 30, 211-215. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9167-2>

Wiedenmayer, K.; Summers, R. S.; Mackie, C. A.; Vous, A. G. S.; Everard, M.; Tromp, D. (2006). *Developing Pharmacy Practice. A Focus on Patient Care*. Netherlands: World Health Organization and International Pharmaceutical Federation. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/69399> (consultado 08/06/2025).

Anexo

Resumen de leyes y normativas.		
Número/Dependencia	Fecha publicación	Título
Ley 16463 Honorable Congreso de la Nación Argentina	08-ago-1964	Medicamentos importación y exportación La importación y exportación de todas las fórmulas farmacéuticas quedan sujetas a las disposiciones de la presente ley.
Ley 17565 Poder Ejecutivo Nacional (PEN)	12-dic-1967	Farmacias. Actualización de la reglamentación Actualízase la reglamentación sobre su ejercicio. Derógase la ley 4.687.
Ley 23661 Honorable Congreso de la Nación Argentina	20-ene-1989	Obras sociales. Sistema Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) Creación. Ámbito de aplicación. Beneficiarios. Administración del seguro. Agentes del seguro. Participación de las provincias.
Decreto 2284/1991 Poder Ejecutivo Nacional	01 -nov-1991	Desregulación económica. Reforma fiscal Desregulación económica del comercio interno de bienes y servicios y del comercio exterior; reforma fiscal; mercado de capitales; sistema único de la seguridad social; negociación colectiva; disposiciones generales.
Decreto 150/1992 Poder Ejecutivo Nacional	23-ene-1992	Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio de medicamentos. Importación y exportación. Ámbito de aplicación. Disposiciones generales. Derógase el Dec. 908/91 y arts. 3, 9 al 34 inclusive y 36 y 40 del Dec. 9.763/64.

Resumen de leyes y normativas. (Continuación)		
Número/Dependencia	Fecha publicación	Título
Ley 24521 Honorable Congreso de la Nación Argentina	10-ago-1995	Educación superior. Normativa aplicable Disposiciones preliminares. Educación superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias. Sustitúyese el inciso 11) del art. 21 de la Ley de ministerios. Modifícanse los arts. 10, 25, 26, 54, 57 y 58 de la Ley 24195. Deróganse las leyes 17064, 17778, 23068 y 23569.
Decreto 1424/1997 Poder Ejecutivo Nacional	30-dic-1997	Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. Ámbito de aplicación Establécese la aplicación obligatoria del mismo en todos los establecimientos nacionales de salud, en los sistemas nacionales del seguro de salud y de obras sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión y en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del sector salud que adhieran al mismo. Funciones. Autoridad de aplicación.
Resolución 555/1999 Ministerio de Salud y Acción Social	02-ago-1999	Salud pública. Establecimientos de salud / certificaciones Ordénase la publicación de las resoluciones 497/99 y 498/99, por las que se aprobaron las definiciones y marco normativo general de acreditación de establecimientos de salud y las definiciones y marco normativo general de certificación y recertificación profesional, respectivamente.
Decreto 455/2000 Poder Ejecutivo Nacional	12-jun-2000	Marco estratégico-político para la salud de los argentinos Su aprobación. Apruébase el marco estratégico- político para la salud de los argentinos. Derógase el decreto nro. 1269/92.
Resolución 641/2000 Ministerio de Salud	22-ago-2000	Salud pública Establecimientos asistenciales, farmacia. Apruébanse las normas de organización y funcionamiento de farmacia en establecimientos asistenciales, incorporándose las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Ley 25326 Honorable Congreso de la Nación Argentina	02-nov-2000	Habeas data. Régimen legal Habeas data. Disposiciones generales. Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales.
Resolución 939/2000 Ministerio de Salud	07-nov-2000	Salud pública Programa Médico Obligatorio, su aprobación. Apruébase el Programa Médico Obligatorio para los agentes del Seguro de Salud comprendidos en el art. 1 de la Ley 23660, el catálogo de prestaciones de dicho programa y las guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de la salud (nota: publicado en suplemento del Boletín Oficial).

Resumen de leyes y normativas. (Continuación)

Número/Dependencia	Fecha publicación	Título
Resolución 201/2002 Ministerio de Salud	19-abr-2002	Programa Médico Obligatorio de Emergencia Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los agentes del seguro de salud comprendidos en el art. 1 de la Ley 23660.
Ley 25649 Honorable Congreso de la Nación Argentina	19-sep-2002	Especialidades medicinales Medicamentos, nombre genérico Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.
Decreto 987/2003 Poder Ejecutivo Nacional	29-abr-2003	Especialidades medicinales Ley 25649. Aprobación de reglamento Apruébase la reglamentación de la Ley de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico, Ley 25649.
Resolución 331/2004 Superintendencia de Servicios de Salud	04-may-2004	Agentes del seguro de salud Contratos de prestación servicios farmacéuticos Establécese que los agentes del Seguro de Salud deberán suscribir contratos de prestación de servicios farmacéuticos destinados a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, los que deberán respetar las previsiones dispuestas en la Ley 25649.
Resolución 566/2004 Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología	17-jun-2004	Educación superior. Títulos de Licenciados en Farmacia Reconócese identidad o equivalencia a los títulos de licenciado en Farmacia existentes al 4 de diciembre de 2003, respecto del título de Farmacéutico incorporado al régimen del art. 43 de la Ley 24521, de Educación Superior, al solo efecto de su inclusión en dicho régimen. Contenidos curriculares básicos de la carrera de Farmacia.
Resolución 20/2005 Ministerio de Salud y Ambiente	25-ene-2005	Publicidad sobre productos de venta libre Criterios éticos. Establécese que toda propaganda dirigida al público sobre especialidades medicinales, reactivos de diagnóstico, productos cosméticos, dietarios, domisanitarios, alimenticios y dispositivos de tecnología médica deberá cumplir con los criterios éticos establecidos por la administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica.
Resolución 468/2005 Superintendencia de Servicios de Salud	22-jul-2005	Profesionales farmacéuticos. Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, inscripción Inscripción de profesionales farmacéuticos prestadores en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud. Requisitos. Apruébanse las guías de información adicional para la receta y la de contratos de prestaciones farmacéuticas.
Disposición 4980/2005 Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)	09-sep-2005	Publicidad sobre productos de venta libre Normas generales y específicas. Aprobación Apruébanse normas generales y específicas que deberá cumplir toda publicidad o propaganda dirigida al público, cuyo objeto sea promocionar especialidades medicinales de venta libre, productos alimenticios, cosméticos, para la higiene personal y perfume, domisanitarios, odontológicos, para diagnósticos de uso in vitro, suplementos dietarios y dispositivos de tecnología médica. Derógase la Disposición 3186/99.

Resumen de leyes y normativas. (Continuación)

Número/Dependencia	Fecha publicación	Título
Resolución 94/2006 Superintendencia de Servicios de Salud	16-may-2006	Sistema del Seguro de Salud resoluciones 468/2005, 25/2006 y dispos. 928/2005 modificación Modificación de las resoluciones 468/2005 y 25/2006 y de la disposición 928/2005. Inscripción de profesionales farmacéuticos prestadores en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Requisitos. Apruébanse las guías de información adicional para la receta y la de contratos de prestaciones farmacéuticas.
Resolución 627/2007 Ministerio de Salud	06-jun-2007	Salud pública Buenas prácticas de promoción de medicamentos de venta bajo receta Apruébanse las “Buenas prácticas de promoción de medicamentos de venta bajo receta”.
Disposición 5260/2008 ANMAT	16-sep-2008	Salud pública Establecimientos que elaboren y/o fraccionen drogas y medicamentos. Requisitos. Establécense los requisitos que deberán cumplimentar los establecimientos que elaboren y/o fraccionen drogas y medicamentos.

Capítulo 6

Farmacia y dispensación en Brasil¹

María das Graças, Leopardi Gonçalves

Brasil tiene una población de 190 millones de habitantes. Constitucionalmente es una federación con 26 estados y un distrito federal que es la capital del gobierno central. El país está dividido en cinco regiones geográficas que tienen notables diferencias socioeconómicas y demográficas. La región Sudeste es la que tiene más habitantes (81 millones), seguida de la Nordeste (53 millones), la región Sur (28 millones), la región Norte (15 millones) y la Centro-Oeste, que incluye el Distrito Federal (14 millones). Actualmente el 84% de la población vive en centros urbanos. La esperanza de vida es de 72,6 años y la tasa de mortalidad infantil es de 24,3 por mil nacidos vivos, variando de 35,6 por mil en la región Nordeste a 16,1 por mil en la región Sur.

Brasil es un país de grandes desigualdades socioeconómicas. Según un estudio (Barros *et al.*, 2001) el uno por ciento más rico de la población recibe el 13% de los ingresos, mientras que el 50% más pobre recibe el 14%. En los últimos años, se nota una mejora en la distribución de la riqueza. El índice Gini ha pasado de 0,57 en 1999 a 0,53 en 2007.

La constitución establece que todos los brasileños tienen derecho a la salud; es decir: todo ciudadano tiene derecho a servicios de atención a la salud, incluidos los medicamentos. Los servicios públicos se ofrecen a través del Servicio Único de Salud (SUS). El SUS es un sistema complejo, descentralizado, financiado y administrado por el gobierno central, los gobiernos estatales y los municipales (Ley Federal 8080/90). La legislación federal es la que establece las pautas que rigen el SUS.

En este capítulo, después de presentar los diferentes tipos de farmacia que existen en Brasil y sus funciones, discutimos la legislación sobre farmacia, los servicios farmacéuticos que se ofrecen en las farmacias y las innovaciones que se han dado en dispensación y farmacia.

¹ Agradezco a Nancy Solá y Néria Homedes por haberme animado a escribir este capítulo. A Antonio Ugalde, por sus pertinentes cuestionamientos y sugerencias a lo largo de los varios borradores del texto.

Tipología de las farmacias: las privadas

Se puede acceder a los medicamentos en farmacias y dispensarios públicos, y en varios tipos de farmacias privadas. Las privadas constituyen un mercado bastante fragmentado. El número total varía con la fuente: 78.358 (IBGE, 2006), 63.620 (CFF, 2008) y 51.524 (De Zagottis, 2005). En este capítulo se usarán las cifras de ABRA-FARMA citadas por De Zagottis. Su distribución geográfica corresponde a la densidad poblacional y a los niveles de riqueza de las regiones (véase Tabla 6.1), en esta tabla también se presentan: el número de farmacéuticos y la media de farmacia por cada 10.000 habitantes.

No hay grandes dificultades burocráticas para establecer una farmacia en Brasil. Cualquier persona física o legal lo puede hacer, pero necesita contratar a un farmacéutico para que esté presente en la farmacia durante todo el tiempo que la farmacia está abierta al público (Gobierno de Brasil, 1973). El estado o el municipio, dependiendo de las jurisdicciones, otorga la licencia sanitaria y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) expide anualmente la autorización de funcionamiento (ANVISA, 2002). El Consejo de Farmacéuticos, organización de la profesión, nacional e independiente, vigila la actividad de los farmacéuticos en los estados.

No existen reglas que limiten la localización de las farmacias en base a la densidad poblacional o al número de farmacias ya existentes, incluyendo las farmacias públicas. El mercado se caracteriza por la libre competencia. El promedio del margen de beneficio bruto por venta de medicamentos es de 27% (Cámara de Regulado do Mercado de Medicamentos, 2005).

Tabla 6.1. Distribución porcentual de la población, de las farmacias comunitarias privadas y de los farmacéuticos, y media de farmacia/habitante, según regiones.

Región	Población en % n= 191.000.000 (a)	Farmacias en % n= 51.534 (b)	Farmacéuticos en % n= 104.098 (c)	Media de farmacia/ 10.000 habitantes
Norte	7,8	6,1	5,5	2,1
Nordeste	27,	23,1	12,4	2,2
Sudeste	42,5	43,4	49,6	2,7
Sur	14,6	18,9	23,4	3,5
Centro-oeste	7,3	8,6	9,1	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	

a. La población total, acorde con el censo demográfico de 2007 es de aproximadamente 190 millones. b. El total de farmacias privadas comunitarias en Brasil es de 51.524. c. El total de farmacéuticos con inscripción en el Consejo de Farmacia en el país es de 104.098.

Fuente: (a) IBGE (2007); (b) ABRAFARMA (2005); (c) Consejo Federal de Farmacia (2006).

El 30% de las farmacias está en las capitales de los estados y tienen una facturación del 50% del mercado total, que en el año de 2007 fue de US\$ 13.400 millones. El 57% de las ventas ocurrieron en la Región Sudeste (ABRAS, 2008).

Las farmacias privadas pueden ser independientes —es decir, el o los propietarios tienen solamente una farmacia— o pertenecer a una cadena (empresas con más de una farmacia). Las farmacias independientes pueden pertenecer a una cooperativa. Las cadenas de supermercados son propietarias de un uno por ciento de las farmacias (ABRAS, 2008).

El 30% de las farmacias privadas son de cadena, y un 20% de las farmacias de cadena pertenecen a las grandes cadenas (De Zagottis, 2005). La mayor cadena de farmacias del país, Pague Menos, posee 300 farmacias, de las cuales 200 están en la región Nordeste. El 78% de todas las farmacias privadas facturan solamente el 25% y 22% el resto. Es decir, hay una gran concentración en un número pequeño de farmacias, muchas de las cuales son de cadenas, otras de cooperativas, y otras independientes en los grandes centros urbanos (De Zagottis, 2005).

En cuanto a las actividades que realizan, el Consejo Federal de Farmacia clasifica las farmacias en tres tipos: farmacias y droguerías que son las que venden medicamentos industrializados (63.620); farmacias que preparan medicamentos magistrales y oficinales, conocidas en Brasil como farmacias de manipulación y que en este capítulo las identificamos como farmacias magistrales (7.402); y farmacias homeopáticas (1.073) (CFF, 2008).

Los farmacéuticos que trabajan en las farmacias son farmacéuticos generales; no necesitan una especialización, pero tienen que estar inscriptos en los consejos de farmacia de los estados, que son los que vigilan su actividad. La reglamentación profesional está establecida en las Buenas Prácticas de Farmacia (CFF, 2001). A los auxiliares de farmacia de nivel escolar medio o elemental se les llama *balconistas*, y su trabajo en las farmacias no está reglamentado por ley. Son simplemente vendedores, trabajan detrás del mostrador y van aprendiendo su oficio mientras trabajan en las farmacias (OPS, 2005a).

Las farmacias magistrales son típicas en Brasil; hacen un marketing agresivo dirigido directamente a los médicos, para que ellos indiquen a sus pacientes a dónde deben ir a adquirir sus medicamentos. Recientemente, la autoridad sanitaria ha empezado a vigilar y controlar las farmacias magistrales para exigir que se cumplan las normas establecidas en el Reglamento Técnico de Buenas Prácticas de Manipulación, y puede sancionar a los que no las cumplen (ANVISA, 2007).

ANVISA clasifica estas farmacias en seis grupos de acuerdo a los medicamentos que preparan y cada grupo tiene un reglamento técnico específico. Las farmacias pueden preparar:

- 1) medicamentos;
- 2) medicamentos con principios activos de estrecho margen terapéutico;
- 3) antibióticos, hormonales, citostáticos y otras sustancias de control especial;
- 4) productos esterilizados;
- 5) productos homeopáticos;

- 6) dosis unitarias y unitarización de dosis de medicamentos para farmacias hospitalarias, clínicas, además de farmacias públicas o privadas.

Las farmacias magistrales tienen que ser previamente habilitadas por ANVISA para cada grupo de medicamento que producen y venden. Igualmente, se les exige el cumplimiento de requisitos mínimos obligatorios para la adquisición y control de calidad de las materias primas, almacenamiento, manipulación, fraccionamiento, conservación, transporte y dispensación de las preparaciones magistrales y oficinales. Además, tienen reglamentados los estándares mínimos de información que se deben dar a los pacientes que utilizan los medicamentos de estrecho margen terapéutico (ANVISA, 2007).

Farmacias públicas

En todas las farmacias y dispensarios públicos los usuarios reciben los medicamentos sin tener que pagar. En su gran mayoría, las unidades de entrega de medicamentos están ubicadas en los establecimientos del SUS.

Farmacias de atención básica

Existe dificultad para conocer el número de farmacias públicas y dispensarios, pero basado en la suma de 12.115 puestos de salud y 30.017 unidades básicas de salud que son los lugares de entrega o dispensación de medicamentos de atención básica se estima que hay un total de 42.122 farmacias y dispensarios (Cadastró Nacional de Establecimientos de Saúde, 2009). Son parte de los servicios de atención primaria del SUS. En estos establecimientos no es obligatoria la presencia de un farmacéutico. El Ministerio de Salud Federal distribuye entre 30 y 135 medicamentos esenciales genéricos (Listado Mínimo) y cinco medicamentos para la hipertensión y la diabetes (Ministerio da Saúde, 2002a). En algunos municipios también se distribuyen los medicamentos del programa Salud de la Familia.

Farmacias de unidades de salud con programas específicos de salud pública

Estas farmacias están ubicadas en ambulatorios de especialidades y hospitales públicos y se estima que hay 26.047. La presencia de un farmacéutico es obligatoria en estas farmacias y los farmacéuticos generalmente tienen un entrenamiento en la

farmacoterapia de las enfermedades específicas. Los medicamentos que se distribuyen dependen de los programas de salud que el ambulatorio ofrece a la población. Hay centros especializados para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo VIH-sida, y de tuberculosis en los que se dispensan medicamentos para estas enfermedades. En las regiones endémicas de malaria, Chagas, Hansen, esquistosomiasis, filariasis y leishmaniasis hay centros especializados para el tratamiento de estas enfermedades y se dispensan medicamentos genéricos gratuitos y se hace el seguimiento de los pacientes. Además, hay aproximadamente 1.543 Centros de Atención Psicosocial para problemas de salud mental en los que se dispensan 22 medicamentos.

Farmacias de las secretarías estatales de salud

Son farmacias de propiedad de los estados, y se estima que en el país hay 473. La presencia del farmacéutico es obligatoria en estas farmacias y dispensan 107 medicamentos llamados medicamentos excepcionales para el tratamiento de 285 enfermedades raras o de costoso tratamiento tales como la insuficiencia renal crónica, cáncer, hepatitis B y C, osteoporosis, Alzheimer, Parkinson, Gaucher, hemofilia, anemia falciforme, esclerosis múltiple, psoriasis y problemas de crecimiento (Ministerio da Saúde, 2002b). El Ministerio de Salud Federal y los de los estados cofinancian estos medicamentos.

La entrega/dispensación de los medicamentos en todas las farmacias y dispensarios públicos es responsabilidad de los municipios excepto en las farmacias de los estados que dispensan los medicamentos excepcionales. El financiamiento de los medicamentos tiene siempre un componente del gobierno federal: el 100% en los medicamentos del programa Salud de la Familia y en los programas específicos de salud pública. El gobierno federal paga también el 80% de los medicamentos de salud mental y el 50% de los medicamentos de atención básica; el 50% restante se divide entre los estados y los municipios. Los gobiernos estatales adquieren los medicamentos excepcionales y el federal les reembolsa el gasto. Este sistema de financiamiento, al que el gobierno federal contribuye mayoritariamente, es un sistema bastante equitativo, ya que no depende tanto de la capacidad económica de cada estado o municipio.

Como se indicará más adelante, las farmacias y dispensarios públicos se enfrentan a carestías de medicamentos por lo que los ciudadanos no siempre reciben los medicamentos que necesitan y tienen que adquirirlos en las farmacias privadas.

Las farmacias mixtas: el programa Farmacia Popular de Brasil

La Farmacia Popular de Brasil es un programa del Ministerio de Salud Federal creado por decreto presidencial (Presidencia da República, 2004) que es de copago. Tiene dos modalidades: una desde 2005 en farmacias que personas privadas o municipios crearon para distribuir únicamente los 72 medicamentos que el gobierno federal incluía en el programa. El gobierno federal pagó un incentivo de US\$ 10.000 para los gastos de iniciación de cada farmacia que se crea dentro del programa Farmacia Popular y además una mensualidad de US\$ 5.000 a farmacias privadas y públicas para los gastos de mantenimiento (Ministerio da Saúde, 2004a). La planta física de las farmacias tenía que ajustarse a un diseño preestablecido. La presencia de un farmacéutico es obligatoria y la dispensación exige la presentación de la receta escrita y firmada por un médico u odontólogo. Generalmente, la cantidad de medicamento que se entrega al paciente es para 30 días de tratamiento (Ministerio da Saúde, 2004b). Los medicamentos son subsidiados y los pacientes pueden obtenerlos a precios de un 30 a un 90% más baratos que en otras farmacias privadas. La Fundación Fiocruz, una fundación pública, es la ejecutora de la adquisición, almacenamiento, distribución y comercialización de los medicamentos.

La segunda modalidad empezó en 2006 y permite que cualquier farmacia que lo desee participe en una variedad del programa, que se llama Aquí Tem Farmacia Popular. Un letrero con este nombre debe estar visible a las personas que acceden a las farmacias. Esta modalidad solo ofrece once medicamentos antidiabéticos, antihipertensivos y contraceptivos. Las farmacias compran los medicamentos por su cuenta, el usuario paga un 10% de su valor y el gobierno reembolsa el resto a las farmacias.

Actualmente, hay 5.400 farmacias que participan en el programa de Farmacia Popular de Brasil en 24 estados y 810 ciudades (Ministerio da Saúde, 2009). Existe una superposición de los medicamentos que se distribuyen a través de este programa y los de las farmacias y dispensarios públicos del SUS. El mismo medicamento se puede obtener gratis en la unidad de salud y por copago en las Farmacias Populares, lo que constituye una contradicción.

El programa Farmacia Popular de Brasil crea un grave precedente al acceso gratuito a los medicamentos. Además del copago, por primera vez el Estado establece un convenio con las farmacias privadas en la distribución de medicamentos en el programa Aquí tem Farmacia Popular.

Los servicios farmacéuticos

Las Buenas Prácticas en Farmacia describen las actividades farmacéuticas que se deben realizar en las farmacias (CFF, 2001): dispensación, explicarle al paciente el

uso de los medicamentos y asesorarlo sobre la automedicación, e informar a otros profesionales sanitarios sobre medicamentos.

En el país existen pocos estudios sobre los servicios farmacéuticos que se prestan en las farmacias públicas. Menolli (*et al.*, 2009) hizo un estudio en el estado de Paraná sobre servicios farmacéuticos en estas farmacias siguiendo la metodología propuesta por la OMS (1993), y comparó los resultados con otros estudios que utilizaron la misma metodología en otras ciudades y regiones del país (Tabla 6.2). Todos ellos son estudios puntuales y sus hallazgos no se pueden generalizar a todo el país. Además, hay que considerar que algunos estudios se hicieron en la década de 1990 y desde entonces con el programa Salud de la Familia se han contratado muchos farmacéuticos en muchos municipios.

Llama la atención que en todos los estudios el tiempo que se empleó en la dispensación fue menos de un minuto. En este tiempo se tiene que informar al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos y hacer la entrega de los mismos. Es fácil llegar a la conclusión de que la calidad de dispensación es muy pobre, lo que queda confirmado por el desconocimiento que los usuarios tienen de cómo usar correctamente los medicamentos.

Tabla 6.2. Indicadores seleccionados sobre dispensación en farmacias públicas obtenidos de varios estudios.

Indicador	Fortaleza Ceará 1996* (Teixeira <i>et al.</i> , 1996)	Fortaleza Ceará 1996* (Lopes <i>et al.</i> , 1996)	Salvador Bahia 1998* (Pacheco <i>et al.</i> , 1998)	Interior Bahia 1998* (Pacheco <i>et al.</i> , 1998)	Ribeirão Preto Sao Paulo 2004* (Santos y Nitrini, 2004)	Campo Grande Mato Grosso do Sul 2002* (Cunha <i>et al.</i> , 2002)	Brasília Distrito Federal 2005* (Naves y Silver, 2005)	Londrina Parana 2003* (Menolli, 2009)
Número de medicamentos por prescripción	3,1	2,2	1,7	1,8	2,4	2,3	2,3	2,2
Prescripción de medicamentos REMUME (%)**	96,0	78,0	68,0	64,5	80,1	92,7	85,3	73,3
Tiempo de dispensación (en segundos)	10,2	17,0	44,0	41,0	18,3	55,0	53,9	
Medicamentos dispensados (%)	84,0	66,0	39,5	81,4	60,3	80,7	61,2	71,1
Conocimiento/uso correcto (%)	43,0	54,0	-	-	70,0	56,7	18,7	46,6

*Año en que se han recolectado los datos. ** Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Fuente: Menolli *et al.*, (2009).

En Brasil, en general, las farmacias privadas son establecimientos comerciales en los que además de medicamentos se ofrecen productos de higiene, nebulizaciones, aplicación de inyecciones, toma de presión arterial; mientras en las farmacias públicas solamente se ofrece el medicamento contra presentación de receta médica emitida en el sistema público.

En las farmacias privadas los medicamentos se venden en cantidades estandarizadas y en cajas fechadas. En estas farmacias el usuario consulta con el personal de las mismas (balconistas y farmacéuticos) para decidir el medicamento que compra si no ha ido del médico. El usuario, en el proceso de automedicación, comúnmente se orienta por recetas viejas que usó en enfermedades anteriores que tenían los mismos síntomas, ya que en Brasil la receta médica, excepto en los casos de los medicamentos controlados, no se entrega a la farmacia y queda en manos del paciente. El sistema facilita la multiplicación de recetas en los hogares brasileños y los peligros de automedicación. Al mismo tiempo que se da esta influencia de las recetas anteriores, el usuario también compra medicamentos siguiendo las recomendaciones de los vendedores.

La farmacia además de asesorar al paciente sobre automedicación, debe tener en cuenta otros medicamentos que consume el paciente y asegurarse que no hay contraindicaciones ni interacciones entre los medicamentos. También debe advertir al paciente, cuando es el caso, las posibles interacciones de los medicamentos con los alimentos.

Existen pocos estudios brasileños sobre las actividades que desempeñan los farmacéuticos en las farmacias privadas en Brasil. Un estudio (Franca Filho *et al.*, 2008) en el estado de Santa Catarina, situado en la región Sur, usa una muestra aleatoria del 10% de todas las farmacias privadas existentes en el estado. El 88% de las farmacias tenía un farmacéutico presente y la media de farmacéuticos por farmacia fue 1,4. La media de auxiliares de farmacia fue 3,8. En un 11% de las farmacias había un espacio privado o semiprivado para atender a los pacientes; prácticamente todas las farmacias tenían computadora e impresora (97% y 90% respectivamente) y el 78% tenía acceso a Internet.

Las labores más frecuentes que los farmacéuticos desempeñaban en las farmacias fueron: dispensación, registro de los medicamentos controlados, toma de presión arterial, administración de inyecciones, atención al cliente en la caja, elaboración de pedidos y compra de medicamentos, y actividades sobre aspectos económicos de la farmacia. Los autores no indican qué porcentaje de su tiempo dedican a cada una de estas actividades, de forma que no se puede conocer cuántos medicamentos son dispensados o entregados por los farmacéuticos o por los auxiliares, ni cuál es la actividad principal de los farmacéuticos. Esta información tampoco permite conocer el número de farmacias que ofrecen los servicios descriptos.

Llama la atención la cantidad de actividades administrativas que realiza el farmacéutico. La autoridad sanitaria exige que solamente el farmacéutico gestione los medicamentos controlados, aunque esta es una actividad puramente administrativa. Los mecanismos de compra, almacenaje, venta y registro de los medicamentos controlados están bien establecidos por la ley, que exige la elaboración de un registro de

suministros mensual firmado por un farmacéutico (hoy ya están informatizados en red nacional). Para la ejecución de esta actividad no es necesario relacionarse con el cliente. Históricamente, la atención a los clientes en la farmacia ha sido una función de los balconistas. Otro estudio (Bareta, 2003) sugiere que los pocos conocimientos clínicos y de relaciones personales que recibe el farmacéutico en su educación universitaria es lo que le lleva a tener solo un contacto indirecto con los pacientes través de la supervisión de los balconistas.

Las farmacias magistrales dispensan y producen una vasta gama de medicamentos oficinales y magistrales. Una parte considerable de los productos que preparan las farmacias magistrales son cosméticos con formulaciones novedosas más que medicamentos. Aunque están obligados a preparar el medicamento para la receta que el usuario presenta, la mayoría de los medicamentos que se preparan son medicamentos estándar. Actualmente se controla más que en el pasado la calidad de los productos que preparan las farmacias magistrales, aunque no llega al mismo nivel de los controles de calidad que se exige a la industria farmacéutica. La preparación de medicamentos homeopáticos y medicamentos de terapias alternativas, como flores de Bach y flores californianas también están sometidas a controles.

ANVISA (1999) es responsable de la reglamentación y vigilancia de las siguientes actividades de las farmacias: 1) la dispensación de medicamentos incluyendo los controlados; 2) la fabricación de productos oficinales y magistrales; 3) la aplicación de inyectables; 4) el fraccionamiento de medicamentos; y 5) la venta de productos de higiene y de otros productos sanitarios.

Todas estas actividades se pueden llevar a cabo en una única farmacia si se cumple con la reglamentación específica de cada actividad. Existen farmacias que además de la dispensación/venta de medicamentos industrializados, también producen medicamentos magistrales y/o oficinales. Estas farmacias no son las que normalmente se llaman farmacias magistrales. El nombre de farmacia magistral u oficial se reserva para aquellos establecimientos que predominantemente fabrican esos medicamentos.

Los medicamentos controlados se identifican con un rótulo negro y se retiene la receta cuando se dispensan. ANVISA (2001) es responsable de confeccionar el listado de estos medicamentos. Los demás medicamentos se clasifican como de venta libre (ANVISA, 2004) —es decir que no requieren receta— o de venta con receta, los cuales están identificados con un rótulo rojo y deben estar fuera del alcance directo del usuario, detrás del mostrador de la farmacia. Como la farmacia no retiene la receta de estos medicamentos es difícil saber si el paciente la presentó o no. Esta ausencia de control podría explicar que en algunas farmacias brasileñas se obtenga cualquier medicamento sin receta, excepto los controlados.

La legislación exige que el farmacéutico sea el director técnico de la farmacia y que esté presente mientras la farmacia esté abierta al público. Hace diez años, casi no se encontraban farmacéuticos en las farmacias, pero hoy día, como se ha podido ver en el estudio en el estado de Santa Catarina (Franca Filho *et al.*, 2008) es rara (12%) la farmacia privada que no tenga un farmacéutico presente.

Legislación, reglamentación y regulación

En Brasil no hay una ley de medicamentos, pero sí existe una estructura legal y regulatoria bastante completa (OPS, 2005a). La asistencia farmacéutica fue garantizada por una ley en el año 1990 (Ley 8080/90), en la cual se atribuyó al poder público el deber de garantizar la atención integral a la salud, incluyendo la asistencia farmacéutica a todos los ciudadanos, sin distinción. La financiación de la salud también está asegurada por ley (Gobierno de Brasil, 1990).

En el año 1998, el Ministerio de la Salud publicó la Política Nacional de Medicamentos (Ministério da Saúde, 1998). En el 2004, el Consejo Nacional de Salud formuló la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (CNS, 2004), a través de la cual se definen las políticas del sector farmacéutico incluyendo las áreas de ciencia y tecnología, desarrollo industrial y formación de recursos humanos. Es muy completa y garantiza el acceso a los medicamentos y el mantenimiento de los servicios de asistencia farmacéutica en la red de servicios públicos de salud. Dentro de las trece actividades estratégicas que se establecen, la dispensación está mencionada explícitamente para promover el uso racional de medicamentos.

A pesar del esfuerzo nacional para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales a toda la población a través de los programas de asistencia farmacéutica vinculados a los programas públicos de salud, llama la atención la ausencia de innovaciones logísticas en el suministro de los medicamentos a la red pública. La falta de un sistema moderno de distribución y control produce carencias, pérdidas y desvíos. El resultado es que cuando el ciudadano necesita acceder a un medicamento gratuito en las farmacias del SUS, con más frecuencia de la deseada no lo encuentra y tiene que adquirirlo en el sector privado. Es necesario hacer cambios y modernizar el sistema de compras, suministros y gestión de stocks del sistema público con tecnologías computarizadas avanzadas.

Un estudio (Panis *et al.*, 2008) en 41 municipios en las regiones Sur y Nordeste, con pacientes de más de 65 años ($n=4.563$) que residían en las áreas de influencia de unidades de salud pública con pacientes antihipertensivos y diabéticos encontró que el 38% de los pacientes había comprado los medicamentos (35% en la región Sur y 30% en el Nordeste). Ya que el Programa Nacional de Hipertensión y Diabetes debe monitorear los pacientes identificados con estas enfermedades y generar la información pertinente para ofrecer una dispensación regular y gratuita de esos medicamentos, los autores apuntan al fallo del programa público. Bertoldi (2006) hizo una encuesta a 2.988 personas de todas las edades escogidas al azar, que vivían en las áreas de cobertura de 45 clínicas públicas que participaban en el programa Salud de la Familia. A los encuestados se les preguntó por los medicamentos que habían tomado durante los quince días anteriores. El estudio encontró que los encuestados habían comprado el 42% de todos los medicamentos usados.

Una encuesta nacional reciente sobre acceso a medicamentos en hogares con personas con enfermedades agudas encontró que la primera fuente de los medicamentos usados fue la farmacia privada (62%), seguida por la farmacia pública (23%) (OPS, 2005a). Incluso para los más pobres la farmacia privada siguió siendo la primera

fuelle de acceso (47%) aunque el uso de la farmacia pública fue mayor que la media nacional (38%). Los autores no indican los tipos de medicamentos obtenidos en cada tipo de farmacia y las enfermedades que padecían y por ello no se puede conocer el criterio que siguieron para obtener el medicamento en la farmacia pública o en la privada.

Un estudio oficial de los gastos de atención médica en los años 2002-2003 encontró que para el 40% de la población más pobre el 69% del total del gasto familiar en atención médica estaba destinado a la compra de medicamentos (IBGE, 2008, p. 30). Ese mismo estudio indica que del 2000 al 2005 las familias gastaron en salud el 4,9% del producto interno bruto (PIB) y el gobierno 3,2. El gasto familiar por la compra de medicamentos fue muy significativo: el 1,6% del PIB (IBGE, 2008, p. 26).

Todos los estudios presentados sugieren que el SUS está muy lejos de cumplir el mandato constitucional de garantizar el acceso a la salud y a los medicamentos a todos los brasileños. Otro punto que se debe considerar es que la entrega de medicamentos en las unidades de atención básica no está regulada por la reglamentación sanitaria de farmacias. Es una especie de trampa legal curiosa. A los establecimientos públicos que entregan medicamentos sin farmacéutico la autoridad sanitaria les llama dispensarios y al no ser farmacias no tienen que cumplir los reglamentos propios de farmacias. Los dispensarios, por ejemplo, no requieren la presencia del farmacéutico durante el horario de servicio.

Historia: pasado, presente y futuro

La Constitución de 1988, la creación del SUS en 1990 y las políticas de inclusión social derivadas de ellas durante los últimos veinte años han producido un aumento continuo de demanda de servicios de salud y consecuentemente de medicamentos. La conciencia ciudadana de la población aumenta cada día y los ciudadanos han empezado a recurrir al poder judicial para que el gobierno cumpla con la obligación constitucional de garantizar los derechos a los servicios sanitarios. Los pacientes y las asociaciones de pacientes están emplazando ante la justicia a muchos municipios brasileños para que paguen por tratamientos específicos (Oliveira *et al.*, 2007).

Hay pocos estudios en el país sobre la morbilidad asociada al uso de medicamentos. Una investigación conducida en Maceió, en la región Nordeste, con 258 personas, encontró que seis de cada diez visitas a la unidad de emergencia del departamento de clínica médica eran causadas por problemas relacionados con medicamentos (Leopardi-Gonçalves, 2009). Esos resultados corroboran la necesidad de mejorar la calidad de la dispensación, explicando al paciente adecuadamente el uso de los medicamentos. También son necesarias otras intervenciones, por ejemplo, el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes crónicos y sesiones y charlas educativas para que los prescriptores cumplan los protocolos clínicos establecidos y los pacientes el tratamiento recomendado.

Los actuales proyectos pedagógicos en los cursos de las facultades de Farmacia en las universidades públicas y privadas tienen por objetivo fortalecer el Sistema Único de Salud para satisfacer las necesidades de salud de la población. Los cursos responden a los cambios de políticas de formación y calificación de los recursos humanos del Ministerio de Salud y de las nuevas directrices curriculares nacionales del Ministerio de Educación (Ministério da Educação, 2002).

Con vistas a implantar este enfoque se han organizado a nivel nacional dos programas educativos: Pro Saúde Farmacia-Proceso de Reorientación del Profesional Farmacéutico para la Consolidación del Profesional Farmacéutico en las Equipos de Atención Básica de Salud y el Programa de Educación para el Trabajo (PET Farmacia). Estos programas se llevan a cabo entre las facultades de Farmacia y las secretarías de salud de los municipios en donde se imparten, y están financiados por el gobierno federal.

Innovaciones

Aunque la presencia del farmacéutico en la farmacia es obligatoria por ley, algunos empresarios de farmacia resaltan que la presencia continua de un farmacéutico durante todas las horas que las farmacias están abiertas al público es una garantía de la calidad del servicio y de la dispensación que estas farmacias ofrecen.

La cercanía de unas farmacias a las otras crea una competencia que se traduce en una oferta de servicios que ofrece comodidad a los usuarios y puede facilitar el uso adecuado de medicamentos o tener el efecto contrario. Por ejemplo, la estrategia de entrega de medicamentos a domicilio sin aumentar el costo de los mismos puede ser un servicio muy útil para personas mayores o con problemas de locomoción impedidos para trasladarse fácilmente a la farmacia, lo que puede facilitar la continuidad de los tratamientos medicamentosos.

Un hecho que merece la atención son las notables mejoras logísticas iniciadas en las farmacias privadas de cadenas en la década de 1990. Las farmacias de cadenas utilizan metodologías sofisticadas de gestión de stocks, disponen de programas computarizados avanzados, las entregas de medicamentos a los establecimientos son diarias, y usan cajas computarizadas con lectores de códigos de barra y transferencia de datos en tiempo real a centros informáticos centrales que actualizan automáticamente los datos financieros y de stocks (Machline & Amaral, 1998). Las mejoras logísticas hacen a las farmacias de cadena más eficientes, con lo cual reducen costos y pueden ofrecer mejores precios. Si a ello se añaden las economías de escala que pueden obtener las cadenas por el volumen de compras las ventajas son aún mayores.

Un estudio (Freitas, 2006) realizado en Belo Horizonte, la cuarta ciudad de Brasil en cuanto a habitantes (cerca de 2,5 millones), describe la transformación del sector farmacéutico desde la década de 1960 hasta 2005. Las farmacias individuales y las pequeñas cadenas municipales han sido progresivamente desplazadas por las grandes cadenas a partir de la década de 1970. Freitas explica las razones del cambio.

Las primeras eran establecimientos visualmente poco atractivos, asépticos, pintados de blanco y sin anuncios. A manera de contraste las grandes cadenas han construido establecimientos elegantes, en los locales exhiben anuncios que llaman la atención, han ampliado los horarios de atención al público y están abiertas las 24 horas. Dependientes de ambos sexos atienden indistintamente y ofrecen servicios diversos como demostraciones de productos no farmacéuticos, explican las múltiples modalidades de pago de cuentas personales, o dan un servicio personalizado a las personas mayores. A esta lista de servicios hay que añadir las campañas informativas sobre diversos temas relacionados con la salud, un marketing por medio de agresivas campañas publicitarias, encuestas de consumidores y programas de relaciones públicas (Freitas, 2006).

Otros atractivos para atraer clientes es la oferta de servicio de atención al cliente (SAC), por ejemplo, un servicio para responder por teléfono las dudas de los clientes sobre medicamentos, la compra de medicamentos por teléfono y por Internet excepto para los medicamentos controlados, y la dispensación a través de los *drive-thru*, una forma de dispensar desde una ventana directamente al automóvil. Hay algunos convenios con empresas, por los cuales el cliente no paga el medicamento en el momento de la compra y el valor del mismo se descuenta directamente del salario y la empresa hace el pago a la farmacia. Algunas farmacias prestan servicio de asistencia farmacéutica integral, incorporando el seguimiento farmacoterapéutico como parte de la actividad de los farmacéuticos. Esta práctica no está todavía muy extendida en el país (Castro & Correr, 2007).

Las farmacias de cadena también utilizan otras tácticas comerciales para conseguir la lealtad del cliente a comprar en la misma farmacia e incitarle a comprar otros productos. Entre ellas se pueden citar: las tarjetas de crédito de la propia farmacia; los descuentos progresivos y regalos cuando se alcanza una cantidad de compra; los productos y servicios *gancho* para atraer al cliente a la farmacia (por ejemplo cajeros automáticos accesibles las 24 horas del día y la oferta de servicios de cobro de las cuentas de luz y teléfono; la diversificación de la oferta de otros productos (por ejemplo de perfumería, cosméticos, de higiene, tensiómetros, dispositivos para medir o dosificar la glucosa y productos ortopédicos).

En Brasil también hay asociaciones de cadenas de farmacias, como por ejemplo la Assifarma —que cuenta con doce cadenas y un total de 280 farmacias en cinco estados y en el Distrito Federal— y la Febrapar, con 26 cadenas en once estados y más de 2.500 farmacias. Estas asociaciones ofrecen a sus asociados compras unificadas, entrenamiento de personal, telemarketing dirigido, cursos y conferencias en las áreas de producción magistral, de comercio, de farmacia y de gestión. Las asociaciones de cadenas pueden negociar con las grandes distribuidoras de medicamentos y eventualmente con las empresas productoras para obtener mejores precios. No se han encontrado estudios sobre este tema y se desconocen los efectos que las asociaciones de cadenas tienen en mejorar o empeorar la dispensación.

Para competir con las innovaciones de las farmacias de cadenas hay una tendencia de las farmacias independientes a asociarse en cooperativas para reducir costos y modernizar la gestión, centralizando las compras con sistemas avanzados de

logística y programas de marketing. El número de las farmacias independientes que se asocian tiende a aumentar principalmente en los barrios periféricos a donde no llegan las grandes cadenas. No se han encontrado estudios que indiquen el número de las cooperativas de farmacias en el país.

Otra modalidad de negocio que utilizan algunas farmacias magistrales que están bien establecidas es la venta de franquicias en todo el país. El propietario de la franquicia utiliza el nombre de la *farmacia original*, su formulario, sus procesos de fabricación, el marketing y el programa de entrenamiento del personal. Además del pago de la franquicia hace un pago mensual a la farmacia original. Tampoco se han encontrado estudios sobre el funcionamiento y la distribución de farmacias de franquicias en el país.

Otra innovación en la última década, en el aspecto de la tecnología del uso de medicamentos, es la creación del Sistema de Información sobre Medicamentos (SISMED), un programa coordinado entre los 24 Centros de Información distribuidos en 16 estados y el Distrito Federal. Está financiado por las universidades públicas y el Consejo de Farmacia. Cada centro es una unidad autónoma, pero todos cooperan entre ellos creando así el SISMED. Los dispensadores de información son farmacéuticos entrenados especialmente en esta actividad. SISMED es de libre acceso a los farmacéuticos. Para las farmacias que están conectadas a través de Internet, el SISMED es una fuente segura para mejorar la información que se ofrece a los pacientes sobre el uso adecuado de medicamentos (Vidotti *et al.*, 2000). No se sabe cuántas farmacias utilizan SISMED, con qué frecuencia se usa, ni el impacto que tiene.

Conclusiones

Como se ha visto, en teoría los brasileños tienen acceso gratuito a los medicamentos a través de la amplia red de farmacias y dispensarios públicos. Sin embargo, la carencia de medicamentos en los establecimientos públicos obliga a los ciudadanos a comprarlos en el sector privado. Para los pobres el gasto significa una carga económica muy pesada con el peligro de incumplimiento de los tratamientos por falta de recursos. El nuevo programa Farmacia Popular de Brasil crea dudas sobre el interés del gobierno de satisfacer las necesidades de medicamentos de todos los ciudadanos y de mejorar la dispensación, ya que incluye un copago en vez de aumentar el presupuesto público para los servicios de salud incluyendo los medicamentos.

El farmacéutico está presente en las farmacias brasileñas, sin embargo, su contacto con el cliente es limitado por su dedicación a actividades gerenciales, de forma que la entrega del medicamento y la dispensación quedan con mucha frecuencia en manos de los balconistas, es decir de empleados con un conocimiento limitado de la atención farmacéutica. Las currícula de las facultades de Farmacia incluyen disciplinas clínicas y de relaciones humanas con el objeto de mejorar la relación entre los futuros farmacéuticos y los clientes, lo cual no se dará a no ser que queden libres de

las actividades administrativas que les impiden atender a los pacientes y tomar un rol más activo en la dispensación.

En Brasil no hay una ley de medicamentos. Lo que hay es una estructura legal y regulatoria bastante completa, pero con muchos problemas de implementación. Se han hecho muchos avances, incluyendo la creación de la agencia reguladora ANVISA, la red de información SISMED, y los programas de tratamientos para enfermedades específicas. El programa de VIH/sida ha sido reconocido mundialmente como el mejor entre todos los de países de bajos y medianos ingresos. Los usuarios también están ejerciendo sus derechos y exigiendo al gobierno a través de acciones judiciales el cumplimiento constitucional de acceso a medicamentos necesarios. A pesar de todos los avances, a través de este capítulo hemos visto que queda mucho por hacer.

En el presente momento es importante que los brasileños busquemos soluciones creativas y eficaces a la paradoja en la que estamos inmersos: un país que ha conseguido el derecho a la asistencia farmacéutica gratuita pero donde todavía las personas tienen que pagar para satisfacer sus necesidades de medicamentos esenciales.

Referencias bibliográficas

- Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (2005). *Noticias*. Disponible en: <https://www.abrafarma.com.br/noticias> (consultado 08/06/2025).
- Associação Brasileira de Supermercados. Comitê de Farmácias (2008). *Noticias*.
- Associação Brasileira de Supermercados (2008). Faturamento do mercado farmacêutico e distribuído das farmácias em redes. *Noticias de Farmacia*, 18 de septiembre.
- ANVISA (1999). Resolução n° 328. 22 de julio. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/y67ktzm6> (consultado 08/06/2025).
- ANVISA (2001). Resolução RDC n° 228. 11 de diciembre. Lista de substancias sujeitas a controle especial. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7st366> (consultado 08/06/2025).
- ANVISA (2002). Resolução RDC n°238. 27 de diciembre de 2001. Dispõe sobre regulamento que se destina a padronizado dos critérios relativos a autorizado e ou alterado do funcionamento dos estabelecimentos de dispensado de medicamentos: farmácias e drogarias. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3apvp7zw> (consultado 08/06/2025).
- ANVISA (2004). Resolução RDC n°138. 29 de mayo de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/ht92h2pf> (consultado 08/06/2025).
- ANVISA (2007). Resolução RDC n°67. 08 de octubre. Dispõe sobre Boas Praticas de Manipulado de preparades magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3dwja9vf> (consultado 08/06/2025).
- Bareta, G. M. S. (2003). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies of the City of Campiña Grande do Sul. *Visão Acadêmica*, 4, 105-112.

- Barros, R. P.; Henriques, R.; Mendonça R. (2001). A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil. Brasília: Ministério do Planejamento, IPEA.
- Bertoldi, A. D. (2006). *Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em urna populado assistida pelo Programa Saúde da Família*. [Tesis de Doctorado. Defensa: 21 de junio]. Pelotas: Centro de Pesquisas Epidemiológicas, Universidad Federal de Pelotas - RS Brasil. Disponible en: <https://tinyurl.com/3vz242ah> (consultado 08/06/2025).
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2009). Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <https://cnes.datasus.gov.br> (consultado 08/06/2025).
- Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (2005). Resolução n°2. 14 de marzo. Estabelece o preço máximo de venda ao consumidor de medicamentos industrializados. *Diário Oficial da União*. Disponible en: <https://tinyurl.com/37wz3jz4> (consultado 08/06/2025).
- Castro, M. S.; Correr, C. J. (2007). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Brazil. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 1486-1493. doi: <https://doi.org/10.1345/aph.1k080>
- Conselho Federal de Farmacia (CFF) (2001). Resolução n°357. 20 de abril. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponible en: <https://tinyurl.com/3pfkwwwx> (consultado 08/06/2025).
- Conselho Federal de Farmacia (CFF) (2006). *Estatísticas. Relajo dos Profissionais Inscritos. Relação dos profissionais registrados nos CRFs*.
- Conselho Federal de Farmacia (CFF) (2008). *Estatísticas*.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2004). Resolução n°338. 6 de mayo. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. *Diário Oficial da União*, 20 de mayo. Disponible en: <https://tinyurl.com/mr24ujew> (consultado 08/06/2025).
- Cunha, M. C. N.; Zorzatto, J. R.; Castro, L. L. C. (2002). Avallando do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Campo Grande-MS. *Revista Ciencias Farmacêutica*, 38, 216-227.
- De Zagottis, E. (2010). *O varejo e a distribuição farmacêutica em 2010*.
- França Filho, J. B.; Correr, C. J.; Rossignoli, P; Melchior, A. C.; Fernandez-Llamos, E; Pontarolo, R. (2008). Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 1, 105-113. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-93322008000100012>
- Freitas, M. A. C. (2006). *Estratégias Empresariais do Setor Varejista de Produtos Farmacêuticos em Belo Horizonte*. [Tesis de Master Académico] Master e Administración de Empresas de la Facultad de Ciencias Económicas la Universidad Federal de Minas Gerais. Disponible en: <https://tinyurl.com/5jpvbrze> (consultado 08/06/2025).
- Gobierno de Brasil (1973). Lei 5991. 17 de diciembre. Dispõe sobre o controle sanitário do consumo de drogas e medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Disponible en: <https://tinyurl.com/mp8m94xe> (consultado 08/06/2025).
- Gobierno de Brasil (1990). Lei 8142. 28 de diciembre. Dispõe sobre a participando da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponible en: <https://tinyurl.com/2rd5rj5r0> (consultado 08/06/2025).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). *Estatísticas da Saúde - Assistência Médico Sanitária - 2005*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Pnad 2007*. Disponible en: <https://tinyurl.com/rn7ddz2w> (consultado 08/06/2025).

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Economía da Saúde. Uma Perspectiva Macroeconómica. 2000-2005*. Serie Estudos e Perspectivas. Rio de Janeiro: IBGE. Disponible en: <https://tinyurl.com/43tmjrp5> (consultado 08/06/2025).
- Leopardi-Gonçalves, M. G. (2009). *Resultados negativos associados a la medicación como causa de consulta de clínica médica en la unidad de emergencia de Maceió, Brasil*. [Tesis de Doctorado] Programa de Doctorado en Farmacia Asistencial de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=65644&info=resumen> (consultado 08/06/2025).
- Lopes, A. E. C.; Teixeira, A. C. A.; Gurgel, M. L. F.; Miranda, M. C. C.; Oliveira, M. A.; Oliveira, M. M. L.; Murta R. L. G. (1996). Drug Use of Evaluation in Health Services in Fortaleza, Brazil. *INRUD News* 16, (6).
- Machline, C.; Amaral Jr., J. B. (1998). Avanzos logísticos no varejo nacional: o caso das redes de farmácia. *Revista de Administração de Empresas*, 4, 63-71.
- Menolli, P. V. S.; Ivana, A. M.; Cordoni Jr., L. (2009). Servicios farmacéuticos de atención primaria en un municipio de Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 254-259.
- Ministério da Educação (2002). *Resolução conjunta do Conselho Nacional de Educando e da Câmara de Educando Superior. Resolução nº02*. 19 de febrero. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Disponible en: <https://tinyurl.com/43w9afz6> (consultado 08/06/2025).
- Ministério da Saúde (1998). *Portaria GM nº3.916*. 30 de octubre. Política Nacional de Medicamentos. Disponible en: <https://tinyurl.com/6m2nuuvb> (consultado 08/06/2025).
- Ministério da Saúde (2002a). *Portaria GM nº 1.318. 23 de julho*. Definir, para o Grupo 36 - Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informales Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SAI/SUS. (Relajo dos Medicamentos Excepcionais). Disponible en: <https://tinyurl.com/mr43b73w> (consultado 08/06/2025).
- Ministério da Saúde (2002b). *Portaria GM nº371*. 4 de mayo. Institui Programa Nacional de Asistencia Farmacéutica para Hiperdia. Disponible en: <https://tinyurl.com/ff4rsfw> (consultado 08/06/2025).
- Ministério da Saúde (2004a). *Portaria GM nº2.587*. 6 de diciembre. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providencias. Disponible en: <https://tinyurl.com/4an4arcy> (consultado 08/06/2025).
- Ministério da Saúde (2004b). *Manual de Informações para as farmacias credenciadas na Farmacia Popular*.
- Ministério da Saúde (2009). *Informações de Saúde. 2009. Normas de operação do programa Aqui tem Farmacia Popular sofre alterações*.
- Naves, J. O. S.; Silver, L. D. (2005). Avaliação da assistência farmacéutica na atenção primária no Distrito Federal. *Revista de Saúde Pública*, 39, 223-230.
- Oliveira, M. A.; Bermúdez, J. A. Z.; Osório-de-Castro, C. G. (2007). *Assistência Farmacéutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- OMS (1993). *Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: Indicadores seleccionados del uso de medicamentos*. [DAP.93.1:1993]. Ginebra: OMS.
- OPS (2005a). *Avaliação da assistência farmacéutica no Brasil: Estrutura, processo e resultado*. Série Medicamentos e Insumos para a Saúde. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde.
- OPS (2005b). *Health System Profile of Brasil*. Brasília: OPAS.
- Pacheco, E; Aguiar, M. G. G.; Queiroz, A. M. (1998). *Diagnóstico da assistência farmacéutica do estado da Bahia*. Salvador: Secretaria de Estado da Saúde.

- Panis, V. M. V.; Fassa, A. G.; Facchini, L. A.; Bertoldi, A. D.; Piccini, R. X.; Tomasi, E. et al. (2008). *Impacto do Programa HIPERDIA no acesso a medicamentos de uso contínuo em idosos do Sul e do Nordeste do Brasil*. Trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de Epidemiología. Porto Alegre, 20 al 24 de septiembre de 2008. Disponible en: <https://tinyurl.com/c88twm76> (consultado 08/06/2025).
- Presidência da República (2004). Decreto 5.090. 10 de mayo. *Diário Oficial da União*, 20 de mayo. Disponible en: <https://tinyurl.com/h52b4ktz> (consultado 08/06/2025).
- Santos, V.; Nitrini, S. M. O. O. (2004). Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 38, 819-834.
- Teixeira, A. C. A.; Serra, G. M. C.; Silva, J. A. (1996). *Perfil da utilização de medicamentos na unidade de pacientes externos no Hospital Mesejana, CE*. En: Libro de Resúmenes del Seminario Brasileiro de Farmacoepidemiologia. Fortaleza: EUFC.
- Vidotti Carlos, C. F.; Hoefle Silva, E. V.; Bergsten-Mendes, G. (2000). Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos-SISMED. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4).

Capítulo 7

Realidad farmacéutica en Chile: de las boticas a las cadenas de farmacia

Hernán Vergara Mardones

Introducción

Es un hecho reconocido que Chile es un país pionero en política de medicamentos esenciales. En 1969, es decir, siete años antes de que la OMS promulgara su política de medicamentos esenciales con denominación genérica, Chile implementaba el Formulario Nacional de Medicamentos (Vergara, 1998 & 2004). Por otra parte, fue en la Universidad de Chile donde se dictaron los primeros cursos latinoamericanos de farmacia clínica y atención farmacéutica. Más recientemente el Plan AUGE¹ asegura el acceso a medicamentos a los sectores más desposeídos de la población.

Se resaltan estos antecedentes para contrastarlos con la situación farmacéutica que vive el país, originada por las farmacias de cadena, cuyo funcionamiento es de los peores del mundo, enjuiciados por este autor desde la perspectiva sanitaria.

La época de las boticas

En los primeros años del Chile republicano, el nivel de la farmacia como establecimiento encargado de la dispensación de medicamentos, tenía las características propias de un país que recién comenzaba su vida independiente. Sus instituciones y su cultura estaban, igual que en toda América Latina, abriéndose paso en un medio de gran precariedad en recursos materiales y humanos.

Hay un relato muy duro de la escritora británica Mary Graham (1956), tras visitar una botica en Valparaíso, alrededor del año 1822:

¹ AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas, sistema de seguridad en salud en FONASA (estatal) e ISAPRES (privadas) que permite acceso a consultas médicas, análisis clínicos y medicamentos mediante copagos. Son 56 patologías.

De vuelta de mi excursión por las tiendas, pasé donde el boticario (aquí en Valparaíso hay uno solo) para comprar un poco de azul. Con gran sorpresa mía, supe que únicamente ahí podía procurarse. Su apariencia me hizo pensar en una botica del siglo XIV, porque es de un aspecto mucho más anticuado que las que he visto en Francia y en Italia. El hombre [por el boticario] tiene cierto gusto por la historia natural. Además de sus potes de medicina pasados de moda, rotulados con signos cabalísticos, tiene en su botica confusamente revueltos paquetes de medicinas con patentes de Londres, hierbas secas y cueros de serpientes. En un rincón se ve un gran cóndor arrancando la carne de los huesos de un cordero; en otro, un monstruoso carnero que tiene una pata de más y que le nace en la frente. Hay gatos, papagayos y pollos embalsamados, de modo que todo esto forma una combinación de polvo acumulado y de mugre que excede a todo lo que he visto...

Hacia la mitad del siglo XIX la situación había experimentado un progreso importante, como se deduce de la lectura de los anales históricos de la farmacia de la misma ciudad. En su estudio histórico, Alvina (1991) relata la proliferación de boticas en esa ciudad, todas ellas perfectamente identificadas y sujetas al control del Protomedicato² en cuanto a sus instalaciones y calidad del servicio prestado. En este avance influyó en buena medida la oferta en 1833 del primer programa de enseñanza de Farmacia en el Instituto Nacional de Santiago, que consistía en dos años lectivos y uno más de práctica. Sus resultados, aunque pobres en calidad y cantidad, se potenciaron al ser absorbido el programa por la Universidad de Chile poco después de su fundación, en 1842. Cuando se institucionalizó en la Universidad se mantuvo el plan, pero con mayor profundidad en los programas destinados a preparar estudiantes para ejercer su profesión en las boticas. Este plan duró hasta comienzos del siglo XX.

José Vicente Bustillos —el padre de la farmacia chilena— y Ángel Vásquez —conocido como *el sabio Vásquez*— fueron dos destacados farmacéuticos chilenos que aportaron mucho al desarrollo de su profesión como maestros en el área académica y como luchadores gremiales en la fundación de sociedades y en la publicación de revistas. Algunos farmacéuticos extranjeros hicieron lo propio en el campo del ejercicio profesional. Para recordar solo a algunos, mencionaremos al genovés Antonio Puccio que fundó una importante droguería en Valparaíso en 1834, y a Carlos Andwanter, un colono farmacéutico alemán llegado al país en 1851, que instaló una farmacia en Valdivia y una fábrica de cerveza (Sandoval, 1985).

Otro hecho relevante fue la publicación en 1882 de la primera Farmacopea Chilena, la primera, a su vez, en América Latina. Fue editada por orden del gobierno chileno en Leipzig en 1886. Sus autores fueron el médico Adolfo Murillo y el farmacéutico chileno Carlos Middleton. Los productos contenidos en ella eran formas galénicas y oficinales, de confección magistral, en base a principios activos de origen

² El Protomedicato fue una institución oficial que existió en España y en todas sus colonias. Otorgaba los títulos habilitantes para ejercer funciones profesionales en el área de la salud y al mismo tiempo vigilaba el funcionamiento de las boticas. En Chile prolongó su existencia hasta la última década del siglo XIX entregando títulos de médicos y farmacéuticos, aunque estos egresaban de la Universidad de Chile.

vegetal y mineral. En igual nivel de importancia se considera la fundación de los laboratorios Farmacoquímica del Pacífico (1892) y Laboratorio Chile (1896), pioneros de la industria farmacéutica nacional.

El desarrollo de la farmacia en la primera mitad del siglo XX

Es fácil describir la oficina de farmacia, más conocida como botica, hasta la mitad del siglo XX. Era un establecimiento muy sobrio en su presentación y en la forma como prestaba su atención a las necesidades de la población. Además de los medicamentos clásicos de la época, magistrales e industriales, se fueron incorporando cosméticos y artículos de higiene personal, como jabones, champús, cremas para la piel, colonias, polvos faciales, lápices labiales, etc. La “Oda a la Farmacia” (ver pág. 23) del premio Nobel Pablo Neruda describe muy bien lo que era en Chile una botica en la primera mitad del siglo XX.

El farmacéutico era conocido y querido y, sobre todo, respetado. En verdad, todo el sistema era respetado, es decir, el medicamento, el tratamiento, la farmacia y el farmacéutico. La farmacia y el farmacéutico pertenecían al imaginario popular. Fue una época, la última, en que el farmacéutico universitario tuvo aún que rivalizar con “prácticos en farmacia” que no tenían formación académica. Era el profesional sanitario más cercano y accesible para la comunidad y existía una relación estrecha entre el médico de la consulta particular cercana y el farmacéutico vecino. El farmacéutico despachaba las prescripciones médicas; el facultativo confiaba en él pues lo conocía y sabía de su trabajo y el farmacéutico lo mantenía al tanto de las formulaciones magistrales útiles para ciertos tratamientos, en especial dérmicos y antiparasitarios.

Los medicamentos importados eran escasos y la calidad y presentación de la producción nacional era precaria, pero existía como alternativa común la farmacia magistral y la existencia de productos oficinales. El farmacéutico era un maestro que confeccionaba “según arte”, personalmente, los medicamentos que entregaba a los pacientes y, en esa interlocución, le aportaba la información y la orientación necesarias para obtener un buen efecto terapéutico.

Hay que reconocer que la estabilidad de los medicamentos era un problema casi sin solución, ya que no existía una tecnología que la asegurara. Muchos medicamentos resultaban afectados por su larga permanencia en estantes y bodegas, sin dispensar. Todavía en Chile no existía el concepto de efecto adverso, pero en casos extremos de un evidente mal resultado, este se incorporaba al conocimiento médico.

Es cierto que la farmacia siempre tuvo una connotación comercial, dado que en ella se produce una transacción entre el paciente que paga y la farmacia que a cambio le entrega un producto. Esto es una especie de *karma* que persigue al farmacéutico porque le inhibe su aporte profesional y desvía la atención del público hacia un aspecto puramente tangible.

En los primeros decenios del siglo XX hubo aún problemas con el dominio de las farmacias y con la dirección técnica. El lema “La farmacia para el farmacéutico” era la bandera de lucha del gremio, tanto porque no estaba aclarada la participación de particulares en su propiedad y aún existían “prácticos” autorizados para ejercer la dirección técnica de las farmacias.

El control de las farmacias estuvo siempre a cargo de una entidad estatal que desde 1895 hasta 1940 fue la Dirección de Sanidad, para luego pasar a los Servicios de Salud. Recientemente, el control ha quedado a cargo de las llamadas Seremías de Salud (Secretarías Regionales Ministeriales). El marco regulatorio es el Reglamento de Farmacia y otros Establecimientos Afines, cuya primera edición tuvo lugar en 1933, aunque antes hubo numerosos documentos, desde 1813, que estuvieron orientados a normar ciertos aspectos del funcionamiento de las boticas.

Superados los problemas de competencia técnica, se estableció la sociedad en comandita que exigía que un químico farmacéutico fuera socio gestor; el mismo ejercía como director técnico farmacéutico. En 1928 se determinó definitivamente la dirección técnica exclusiva para los profesionales universitarios que, a partir de 1929, recibieron el título de químico farmacéutico, con tres años de estudio. Hoy este profesional es de nivel superior, con seis años de estudios universitarios.

Las leyes vigentes en tiempos posteriores establecieron que ninguna farmacia se podía instalar a menos de 400 metros de otra existente (ley del circuito). Por otro lado, el horario de atención estaba fijado en ocho horas diarias, distribuido en dos mitades, una matinal y otra vespertina. Existían turnos nocturnos y de fines de semana, que eran muy respetados. La autoridad económica fijaba el precio de los medicamentos y se suprimió la sociedad en comandita (1934), pero se mantuvo la exigencia de que el dueño fuera farmacéutico y que ejerciera como director técnico. Un farmacéutico que tuviese capital no tenía entonces para qué formar una sociedad.

Solo en hospitales funcionaban y funcionan farmacias llamadas asistenciales. El sistema estatal no posee farmacias comunitarias. El rol del farmacéutico en las farmacias asistenciales es el de proveer información sobre medicamentos a los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Entre 1920 y 1950 hubo dos fenómenos que tuvieron gran incidencia en el quehacer farmacéutico. Por un lado, se incrementó la atención asistencial de los farmacéuticos en hospitales y dispensarios, en los cuales obviamente existía la entrega de medicamentos, lo que se tradujo en una mayor demanda de farmacéuticos especializados. Por otra parte, el farmacéutico, a medida que se fueron poblando las estanterías con medicamentos industriales, se vio privado de su función más clásica, esto es, la preparación de formulaciones magistrales y oficinales.

La enseñanza de Farmacia en las universidades (en 1919 se había sumado la enseñanza de Farmacia en la Universidad de Concepción) tuvo que ajustarse a los cambios preparando a los estudiantes para el servicio público asistencial y desarrollando intensamente la formación en las asignaturas químicas. Esto fue particularmente evidente en la Universidad de Chile, en la cual, en 1945, la Escuela de Farmacia se independizó de la Facultad de Medicina y adquirió el nombre de Facultad de Química y Farmacia.

El cambio de planes de estudio fue una respuesta muy positiva para enfrentar el desafío industrial señalado, pero ha sido hasta hoy la causante de un grave problema profesional farmacéutico, como es su falta o escasa identificación sanitaria. Es decir, produjo una pérdida en la perspectiva del farmacéutico como profesional de la salud hasta el punto que en muchas partes se le conoce como “químico”. Recién en los últimos veinte años el farmacéutico ha recuperado parte de su rol sanitario.

Camino a la desregulación farmacéutica

En la década de 1950 se consolidaron grandes farmacias en Santiago que se pueden considerar como precursoras de las farmacias de cadena. Entre otras merecen una mención las farmacias Petrizzio, Del Indio, Andrade, La Catedral, Huérfanos (nombre de una calle céntrica) e Imperio. Su presentación moderna, la connotación comercial (ofertas, promociones) y la atención con horario extendido eran sus características. Un lema de una farmacia periférica da cuenta de la favorable acogida que tuvieron en el público estas farmacias. El slogan publicitario de la Farmacia Matucana era: “Una farmacia de barrio, tan buena como la mejor del centro”. En esa época aún no se había desregulado el sistema, como sucedería 25 años más tarde, y las farmacias —aunque mercantilizadas— conservaban una buena connotación profesional.

A fines de la década de 1950 surgieron las primeras farmacias de cadena, muy anteriores a la desregulación del mercado farmacéutico. Las farmacias de la cadena Farrú aparecieron en 1958 y llegaron a ser 16. En 1966 lo hicieron las farmacias Krebs con un total de doce y poco después las farmacias de la cadena ABC, con nueve establecimientos en Santiago. Todas ellas eran propiedad de químicos farmacéuticos y se apreciaban ya las características que hoy tienen las farmacias de cadena, aunque en un tono menor. Concretamente, en ofertas, horarios extendidos y presentación de los locales.

Ninguna de ellas existe en la actualidad. Desaparecieron como consecuencia de un crecimiento no sustentado, en un sistema de libre mercado, que en esa época aún no estaba plenamente desarrollado. En el momento que las cadenas se sustentan en el libre mercado, sus operaciones excedieron el marco existente.

El libre mercado y la desregulación farmacéutica

A partir de 1974, apenas asumido el poder, el gobierno militar inició las nuevas políticas económicas para liberar el mercado e imponer la libre competencia. Sucesivamente se hicieron efectivas varias modificaciones legales y reglamentarias relacionadas con el funcionamiento de las farmacias y el mercado farmacéutico. Comenzó así la desregulación farmacéutica. Se dictó un decreto que derogó la llamada “ley del

circuito” por la cual ninguna farmacia se podía instalar a menos de 400 metros de otra existente. La ley del circuito era una medida sanitaria por cuanto aseguraba el buen funcionamiento de una farmacia sustentada y rentable para cubrir eficientemente las necesidades de medicamentos de la población del entorno.

La consecuencia fue que aparecieron muchas farmacias situadas, incluso, inmediatamente al lado de otra ya existente. Las pequeñas farmacias no pudieron competir con sus poderosos competidores vecinos. Dentro del esquema económico de libre mercado, las economías de escala producían enormes ventajas al acceder a precios menores en función de mayores volúmenes de compra y pronto pago.

Enseguida se dejó sin efecto la exigencia que ordenaba que la propiedad de una farmacia fuese de un químico farmacéutico o de una sociedad en la que por lo menos uno de los socios fuese un químico farmacéutico. La modificación dictada en 1974 puso término definitivo a la norma del dominio farmacéutico sobre la oficina de la farmacia. En otras palabras, cualquier persona pudo instalar desde entonces una farmacia sin acreditar preparación técnica alguna ni compromiso ético, bastando solo su interés de comerciar en un área aparentemente lucrativa y contando con un director técnico químico farmacéutico.

A partir de esta decisión las farmacias de cadena sepultaron el libre ejercicio de la profesión farmacéutica. Es decir, la alternativa de un farmacéutico al recibir su título hoy es ser contratado por una cadena de farmacias y no ejercer su profesión en una farmacia propia ya que estas posibilidades son escasas.

El 9 de mayo de 1980 se liberó el precio de los medicamentos y casi simultáneamente se permitió a las farmacias definir su horario de atención al público. En 1982 se dictó un nuevo Reglamento de Farmacia en el cual se mantuvo la exigencia de la dirección técnica farmacéutica, pero sin fijar el número de horas que debía estar presente en la farmacia. Posteriormente, en 1985 se volvió al mínimo de ocho horas diarias, que son insuficientes si hay horario de atención al público de mayor extensión. La extensión diaria de ocho horas proviene del antiguo horario de las farmacias chilenas.

Así se adecuó la comercialización de medicamentos a la economía de libre mercado que alcanzó su mayor impulso en esa época. Los medicamentos quedaron asimilados a la condición de bienes de consumo sin distinción con otros productos.

Las primeras cadenas

En 1978 se fundó la cadena Santos, que rápidamente se consolidó como una gran cadena —49 farmacias—, extendiendo su presencia a varias capitales de provincia, desde Arica a Temuco. Fue la primera macrocadena, pero al cabo de diez años de funcionamiento tuvo que cerrar por problemas económicos insuperables derivados de fracasos comerciales en otras actividades que intentó su dueño.

Más o menos en esa misma época se desarrolló la cadena de farmacias Andrade. Tuvo su origen en una tradicional farmacia de Santiago que heredaron dos hermanos

químicos farmacéuticos. Algunos problemas de manejo común llevaron a sus propietarios a dividir sus establecimientos sectorialmente: uno tomó nueve oficinas en el sector oriente y su hermana ocho en la zona poniente de la ciudad. Esta empresa desapareció lentamente al cabo de una década de funcionamiento.

En 1972 nació la cadena de farmacias Ahumada, cuyo fundador y propietario fue el químico farmacéutico José Codner. Llegó a tener un total de 21 locales, pero su manejo se vio interrumpido en 1986 por dificultades económicas que obligaron a un acreedor (una entidad bancaria) a intervenir la empresa hasta su recuperación por el propietario original. En este caso —como en el de Farmacias Santos— hubo al parecer problemas derivados de malos negocios en otros rubros que abarcaron paralelamente sus propietarios.

Las cadenas actuales

Actualmente existen tres grandes cadenas: Ahumada, Cruz Verde y Salcobrand, todas ellas de extensión nacional. Todas fueron creadas por farmacéuticos. Hubo otra cadena que tenía farmacias dentro de los supermercados Líder. Se llamaba Farmalíder y llegó a tener 62 locales en el momento que fue absorbida por Farmacias Ahumada.

Cruz Verde se inició en Valparaíso. Su fundador, el farmacéutico Guillermo Harding, creó también una distribuidora de medicamentos y cosméticos con el nombre de Droguería Socofar. Rápidamente, las farmacias de Cruz Verde se extendieron a Santiago y a todo el territorio nacional. A la muerte de Harding, se hicieron cargo de la empresa sus hijos, ambos ingenieros comerciales. Una hija era farmacéutica pero no participó en la empresa. Cuenta con 500 farmacias de las cuales 180 son *franquicias*, modalidad que se va incrementando. La franquicia habilita convenios comerciales entre la empresa y un particular, de preferencia un farmacéutico, para la instalación de una farmacia similar en presentación y funcionamiento a una propia de la cadena. Es decir, proyectan la misma imagen corporativa.

Farmacias Ahumada tiene también farmacias en México y Perú. La cadena brasileña, de más de cien farmacias, fue vendida en 2006 (Anónimo, 2006). En Chile tiene 350.

La cadena Brand tuvo su origen en una farmacia céntrica ubicada en la Plaza de Armas de Santiago, de nombre Brand. Su dueño, José Selman, junto con sus hijos —uno de los cuales es químico farmacéutico—, formó la cadena Brand. Pronto se fusionó con la cadena Saleo, propiedad de Salvador Colodro, un comerciante de la plaza. De la fusión surgió Salcobrand, ahora en manos de la acaudalada familia Yarur, con importantes negocios en las ramas bancaria y textil. Farmacias Salcobrand tiene 280 locales.

Además de las tres grandes cadenas hay varias microcadenas que han prosperado en barrios periféricos, especialmente en la capital del país y lo mismo se observa en varias capitales de regiones. Entre las microcadenas se pueden mencionar Galénica,

Belén y las mexicanas Dr. Ahorro y Dr. Simi (que cuenta ya con 50 farmacias). Estas dos últimas solo comercializan medicamentos de denominación genérica y naturales.

El total de farmacias en Chile es de 1.742, es decir una farmacia por cada 10.000 habitantes. Las farmacias de cadena suman un total de 1.130 y el resto, esto es, 612, corresponde a farmacias independientes. De estas últimas, menos de la mitad pertenecen a químico-farmacéuticos.

Las farmacias de cadena se han extendido a todo el país y están presentes en pueblos de hasta 50 mil habitantes, e incluso menos. En cada ciudad mayor se ubican en los centros comerciales más concurridos y en los barrios de gente con mayor poder de consumo. Son escasas o están ausentes en barrios populares o comunas periféricas. Según un informante del Ministerio de Salud Pública no hay en el país una distribución equitativa de estas farmacias. Se localizan según sus intereses comerciales y no acorde a las necesidades sanitarias de la población.

En Chile hay aproximadamente 4.500 farmacéuticos (Mascaró, 2002). Las farmacias de cadena dan trabajo a 2.200 químicos farmacéuticos. Esto significa que cada farmacia de cadena emplea dos químicos farmacéuticos, ya que no pueden tener un solo farmacéutico presente en la farmacia durante las catorce horas de promedio que las farmacias están abiertas. Hay que aclarar que un buen número de farmacéuticos asumen funciones administrativas y técnicas en abastecimiento, información toxicológica, promociones médicas, recetas magistrales y otras, y por tanto su contacto con el público es muy limitado.

En cuanto a la venta al público, según información del International Marketing Services (IMS) de 2008, medida en unidades, el 40% corresponde a los medicamentos de denominación genérica, igual porcentaje tienen los medicamentos similares (nacionales de marca), y solo un 20% corresponde a medicamentos de marca de origen transnacional. Las tres grandes empresas tienen el 94% de un mercado de US\$ 1.500 millones de venta anual a público¹, es decir tienen un control oligopólico del mercado².

Los principios y objetivos de las cadenas

Las cadenas de farmacia son empresas que operan en el mercado farmacéutico en la venta de medicamentos, cosméticos, productos lácteos y accesorios de uso médico, así como también de varios otros productos no sanitarios como chocolates, confites, cafés, bebidas gaseosas, peluches, pilas eléctricas, etc. Y prestan servicios de tarjetas telefónicas y centros de pago de otras empresas comerciales con las cuales tienen convenios estratégicos.

¹ Aparte de las ventas al público, la Central de Abastecimiento (Cenabast) distribuye directamente al área asistencial pública el 16% de los medicamentos fabricados en el país e importados.

² Nota de los organizadores: Información adicional sobre este tema se puede encontrar en: González San Martín, A. (2008).

En la actualidad ya no es tan cierto que sus precios sean apreciablemente menores que en las farmacias independientes. La gente recién comienza a captar este cambio importante, influenciada todavía por la intensidad de la publicidad de las cadenas que insiste en que sus precios son menores.

Las farmacias independientes también han reducido sus precios debido a la presencia cada vez mayor de distribuidoras que con la denominación de droguería median entre los laboratorios productores e importadores y las farmacias independientes, consiguiendo mejores precios para ellas. Esto explica la permanente aparición de farmacias independientes en un mercado en que las cadenas tienen, como se ha indicado, un control oligopólico. Se puede agregar que en las independientes el público encuentra los medicamentos genéricos a precios muy bajos, que por generar reducidas ganancias no interesan a las grandes cadenas.

El acercamiento empresarial de las cadenas pone en evidencia su naturaleza mercantilista. Las farmacias se denominan internamente *puntos de venta*. La velocidad de rotación en la venta de medicamentos es su gran herramienta. Las técnicas comerciales son semejantes a las de cualquier otra empresa, pero en muchos casos aún más agresivas. Los locales son amplios, muy iluminados, policromáticos y con muchos dependientes y promotoras. Las ofertas son continuas: “el segundo genérico vale un peso”, “semana de los medicamentos cardiológicos con 35% de rebaja”, y así de muchas otras patologías. Publican avisos gigantes en los diarios anunciando sus precios. Se utiliza el sistema de “canelas”, estampillas adheridas al envase que el dependiente colecciona luego de cada venta y que después cobra como incentivo en el laboratorio respectivo. Los laboratorios productores conceden descuentos por volúmenes de compra en escalas arbitrarias, descuentos promocionales y rebajas por exhibición en vitrinas, publicidad compartida y compras frecuentes.

El dependiente que atiende al usuario es un auxiliar de farmacia que no tiene estudios universitarios sino una autorización tras un examen de conocimientos básicos y una escolaridad media completa. Su sueldo es muy bajo y se incrementa por incentivos o estímulos que provienen de la venta de determinados productos de algunas empresas productoras con las cuales la cadena tiene algún convenio. Es fácil entender que los dependientes efectúen reemplazos de medicamentos según su conveniencia. Se dice que solo el 20% de la remuneración es fija, es decir, el margen sujeto a incentivos puede llegar a un 80% de su sueldo. Los sueldos pactados en contratos con el personal profesional también aumentan por el cumplimiento de metas comerciales.

Existe también la llamada *integración vertical*, que no es otra cosa que convenios entre laboratorios y farmacias a través de los cuales se promueve la venta de los medicamentos convenidos y se niega o dificulta la entrega de productos ajenos al acuerdo. Por otra parte, se han incrementado las alianzas estratégicas entre las cadenas de farmacia y los grandes almacenes: Ahumada con Falabella, Cruz Verde con Almacenes París y Salcobrand con Ripley. Las tarjetas de crédito sirven indistintamente y con ellas se obtienen rebajas especiales.

En las condiciones señaladas es fácil entender que la atención sanitaria que prestan las farmacias es deficiente y se producen con frecuencia sustituciones de

medicamentos, por lo general un genérico o un similar en vez de uno de marca, en un país en donde aún no existe acreditada la equivalencia terapéutica; además se estimula la automedicación y se promueve el uso no racional de medicamentos como efecto de las ofertas y los descuentos comerciales. Lamentablemente no hay estudios, ni la autoridad sanitaria está muy preocupada por estos problemas.

Como se ha indicado, las cadenas tienen a sus farmacéuticos ocupados fundamentalmente en tareas administrativas y comerciales y ausentes de la atención al público. Se puede sugerir que la ocupación del farmacéutico en estas tareas es una desviación intencionada ya que el farmacéutico no es un promotor de ventas. Por el contrario, si se le asignaran actividades que le permitieran interactuar con el público y ejerciera su labor sanitaria, se podría convertir en un obstáculo al sistema mercantilista que promueve la empresa.

En un programa de televisión exhibido recientemente, se mostraron las abundantes irregularidades que se cometen en las farmacias al amparo de un control insuficiente por parte de la autoridad sanitaria. Allí se pudo ver, entre otras faltas, cómo el personal vende aquellos productos que le reportan mayor participación y cómo se copian las recetas para que los laboratorios productores comprueben la eficiencia de sus promociones con incentivos materiales para los médicos. La operación consiste en fotocopiar la receta luego de recibirla del paciente cuando se va en busca del producto.

Las farmacias venden las recetas a empresas que a su vez las entregan a los laboratorios lo que les permite tener información de lo que recetan los médicos. En base a esta información los laboratorios pueden influir en los médicos para que receten sus productos en lugar de los de los competidores, ofreciéndoles regalos, viajes a congresos o incluso la remodelación de sus consultorios³. Estos métodos de promoción también se usan en otros países, por ejemplo, en Argentina y Estados Unidos.

La presencia del farmacéutico en la farmacia es necesaria, ya que al ser un experto en fármacos puede resolver muchas dudas que se le presenten al paciente, derivadas de la precaria información que recibe en la consulta médica respecto a la forma de administración, precauciones de uso, vigilancia de conservación y vigencia, posibles efectos adversos y contraindicaciones.

La evidente falta de cultura del medicamento que se observa en Chile, le impide al público percatarse de los riesgos que implica un funcionamiento como el descrito. La demostración más palpable fue la calificación que resultó de una encuesta destinada a medir la calidad de los servicios prestados por instituciones públicas y privadas, donde las farmacias obtuvieron un alto grado de gran aceptación. A la hora de calificar, el público optó por considerar como factores positivos los menores precios, la rapidez de la atención, la existencia de productos y otros factores de menor importancia sanitaria. Es fácil entender por qué en este país no prosperó la atención farmacéutica, no obstante que una de las cadenas intentó ponerla en práctica, al parecer con un objetivo puramente comercial.

³ Se puede encontrar más información sobre este tema en Keller (2006).

En Chile los medicamentos que no requieren prescripción médica se venden solo en las farmacias o en almacenes farmacéuticos. Sin embargo, ha habido y hay presiones para venderlos fuera de estos establecimientos, por ejemplo, en las *góndolas* (estantes fuera del mesón [mostrador] de la farmacia) o llevarlos a supermercados. Estos intentos se amparan en la lógica cuestionable de que la venta de medicamentos ya existe fuera de las farmacias por falta de control y vigilancia policial en las ferias libres de los barrios periféricos, en emporios de barriadas populares, o incluso en buses colectivos. Estas ventas son pequeñas, pero tienen un impacto muy negativo. El gran objetivo de las empresas farmacéuticas es vender medicamentos fuera de las farmacias sin vigilancia sanitaria farmacéutica.

Algunos hechos de reciente ocurrencia han puesto en evidencia el insaciable apetito de ganancia de las empresas que participan en el mercado farmacéutico. Se intentó desregularlo más aún, habilitando la instalación de los llamados almacenes farmacéuticos en ciudades que tienen cobertura de medicamentos asegurada a través de farmacias. Los almacenes farmacéuticos están autorizados solamente en aquellas localidades apartadas que no cuentan con farmacia y están dirigidos por un práctico en farmacia, que no tiene estudios universitarios sino una autorización tras un examen de suficiencia de conocimientos básicos, una antigüedad de diez años y una escolaridad media completa. Estas son las mismas exigencias que deben cumplir los auxiliares de farmacia, excepto la antigüedad señalada.

Más recientemente, la Fiscalía Nacional Económica, organismo encargado del cumplimiento de los principios que debe tener la economía de libre mercado, ha acusado a las tres grandes cadenas de concertar los precios de 220 productos desde noviembre de 2007 hasta marzo de 2008 por lo cual cada una obtuvo ganancias adicionales de US\$15 millones⁴. Las cadenas afirman que el aumento de precio era necesario debido a las pérdidas causadas por una prolongada lucha comercial entre ellas. La considerable subida del precio de los medicamentos fue en forma simultánea.

Solo la cadena Ahumada ha aceptado su participación en la colusión de precios y ha propuesto a la Fiscalía pagar una compensación de un millón de dólares a los clientes afectados, propuesta que ha sido aceptada por el Tribunal de Libre Competencia⁵. En Chile, es una práctica común alzar los precios para después hacer una oferta ofreciendo una rebaja, pero en el caso bajo litigio la subida fue simultánea.

En la oportunidad en que uno de los ejecutivos de Ahumada hizo pública la decisión de la empresa de compensar a los usuarios, entre los que se encuentran los jubilados, dio respuesta a una consulta periodística respecto al estímulo que reciben

⁴ Nota de los organizadores: Se puede encontrar más información sobre esta noticia en Vergara, E. (2009). Exigen devolución de dineros por colusión farmacéutica. *LaPalmaI.com*. 30 de marzo. Se puede acceder en *Boletín Fármacos* 2009; 12 (2): 44, <https://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/apr09.pdf> (consultado 08/06/2025).

⁵ Nota de los organizadores. Se puede encontrar más información sobre esta noticia en: Associated Press. *Farmacéutica chilena multada en un millón de dólares por colusión*. *Lapalmai.com*. 13 de abril de 2009. Disponible en: *Boletín Fármacos* 2009; 12 (3): 46. Se puede acceder en: <https://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/apr09.pdf> (consultado 08/06/2025).

los dependientes para vender ciertos productos. Su respuesta fue que tal incentivo era un estímulo para fomentar una mejor atención al público.

Por su parte el ministro de Salud, Dr. Álvaro Erazo, en unas declaraciones sobre la subida simultánea de precios indicó que varios de los medicamentos eran fármacos esenciales para pacientes adultos afectados por enfermedades tales como diabetes, hipertensión y obstrucciones respiratorias, y que estos pacientes sufrieron consecuencias negativas para la salud por la dificultad de acceso. En su opinión: “A diferencia de otros bienes y servicios, en salud es difícil postergar el consumo de algunos productos, con todo el sacrificio que ello implica para los sectores con menores recursos” (García, 2009).

Comentarios finales

Ha llegado el momento en que, tardíamente, las autoridades políticas y sanitarias y el público comienzan a tomar conciencia de los graves problemas presentes en el mercado farmacéutico. Han surgido iniciativas parlamentarias para controlar que los precios de los medicamentos sean impuestos arbitrariamente por las grandes cadenas que controlan la venta de medicamentos y para mejorar la atención profesional por la vía de establecer el número de farmacéuticos en función del volumen de ventas o en relación con el número de dependientes. La ausencia del farmacéutico en la farmacia constituye un riesgo que empieza a apreciarse y que debe evitarse por la vía de exigencias reglamentarias ya que las empresas se niegan a hacerlo.

Se puede sugerir la necesidad de aplicar varias medidas correctivas de mayor impacto. Una reclasificación de los medicamentos de mayor riesgo, en cuanto a su condición de venta, parece más que necesaria, reiterándose que aquellos que se dispensan mediante receta retenida con control especial (psicotrópicos y estupefacientes) deben ser dispensados exclusivamente por un farmacéutico. La existencia de farmacéuticos simultáneos es ineludible en las grandes farmacias. La asignación de un sitio explícito en el establecimiento para las consultas farmacéuticas, es otra medida recomendable. Como también lo son la acreditación de las farmacias y la aplicación a este ámbito de los derechos del paciente, iniciativas que están contenidas en proyectos del gobierno que avanzan lentamente. Lamentablemente, una mayor vigilancia sanitaria es algo que se nota en falta.

El gobierno ha anunciado recientemente (2009) un conjunto de medidas orientadas a enfrentar y resolver el problema. Entre ellas, además de las multas que surjan de los juicios en curso, se aplicarán sanciones penales. Además, se establecerán controles sanitarios y comerciales más estrictos. Al mismo tiempo hay otras decisiones que van en contra de la resolución de los problemas discutidos y constituye un riesgo sanitario que al parecer no ha sido considerado. Este es el caso de la autorización de venta de medicamentos de venta sin receta fuera del mesón o mostrador de una farmacia sin intermediación de los dependientes. Esta última medida nunca ha sido

aceptada por el gremio farmacéutico, pero la podría aceptar si con ello evitan que se autorice la venta de medicamentos en supermercados.

Llama la atención la permeabilidad que muestra el gobierno frente a las presiones de las grandes empresas farmacéuticas para desregular más aún el mercado farmacéutico. Debe recordarse que ello ocurrió en un gobierno de centroizquierda cuya presidenta era de profesión médica.

Así como los chilenos nos ufamamos de haber obtenido avances sanitarios importantes, no se puede seguir aceptando como adecuado y útil un modelo de farmacia que está entre los peores del mundo, juzgado desde la perspectiva sanitaria.

Referencias bibliográficas

- Alviña, T. (1991). *Desarrollo de la farmacia en Valparaíso*. Santiago: Academia de Ciencias Farmacéuticas.
- Anónimo (2006). Farmacias Ahumada vende filial por malos resultados económicos, *La Tercera* (Chile), 28 de enero. Accesible en *Boletín Fármacos*, 9, (2): 181-182. Disponible en: <https://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/apr06.pdf> (consultado 08/06/2025).
- García, P. (2009). Devolver el dinero no repone la salud. *El Mercurio*, 27 de marzo. *Boletín Fármacos*, 12 (3):27. Disponible en: <https://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/jun09.pdf> (consultado 08/06/2025).
- González San Martín, A. (2008). El oficio de Fiscalía que desató inquietud en la industria farmacéutica. *El Mercurio*, 25 de mayo.
- Mascaró, J. (2002). *Historia de una profesión*. Santiago: Colegio de Químicos Farmacéuticos.
- Nicole Keller, N. F. (2006). Ministerio de Salud en alerta ante copia de recetas médicas. *El Mercurio* (Chile), 23 de marzo de 2006.
- Sandoval, C. (1985). *Reseña histórica de la farmacia en Chile*. Santiago: Academia de Ciencias Farmacéuticas.
- Vergara, H. M. (2004). Desafíos y proyecciones del nuevo Formulario Nacional de Medicamentos. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 44, 282-288.
- Vergara, H. M. (1998). *Historia del Formulario Nacional de Medicamentos*. Santiago: Academia de Ciencias Farmacéuticas.

Capítulo 8

Los servicios farmacéuticos en Cuba: situación actual, retos y perspectivas

Francisco Debesa García, María Antonieta Arbesú Michelena, Julián L. Pérez Peña

Antecedentes históricos de la farmacia en Cuba

La farmacia cubana tiene un primer período que data de los siglos XVI al XVIII, y las primeras noticias que se tiene de ella son de 1519, año en que salió de Cuba hacia México la expedición de Hernán Cortés con un joven soldado de apellido Murcia, quien ejercía de boticario (Cejas Yanes, 2003). En 1598 solo existían en La Habana dos farmacias, llamadas boticas. Las medicinas venían de Castilla, con todas las limitantes del transporte de aquella época, en muchas ocasiones vencidas y carentes de efectividad (Debesa, 2006).

En los siglos XVI y XVII, La Habana se caracterizó por un enorme ejército de herbolarios y charlatanes. Antiguas crónicas señalan que en 1723 existían en La Habana tres boticas y que en el año 1729 en las mismas se podían obtener abundantes y buenos medicamentos. A lo largo de este siglo surgen varios boticarios que se establecieron en distintas ciudades de la isla (Debesa, 2006).

En 1728 se funda la Real y Pontificia Universidad de La Habana donde se formarían teólogos, juristas y médicos. El tribunal autorizado para habilitar el ejercicio de la profesión farmacéutica fue el Protomedicato. Para obtener el título de farmacéutico había que presentarse ante este tribunal a un examen teórico y otro práctico.

La sustitución en 1833 del Real Tribunal del Protomedicato por las Reales Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia se efectúa en Cuba después de una lucha de las fuerzas médico-farmacéuticas más progresistas durante más de diez años (Cejas Yanes, 2003). Desde 1842 hasta 1863 la Facultad de Farmacia en Cuba estuvo integrada a la Facultad de Medicina y en 1883 se regularizó el estudio de Farmacia, estableciéndose la Junta Superior Gubernativa de esta Facultad.

Hasta 1834 las boticas habían tenido muy poco desarrollo. A partir de ese año se inicia su transformación con la introducción de nuevos productos farmacéuticos

importados de las principales droguerías de Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos (Cejás Yañez, 2003).

De las pocas decenas de boticas que existían en Cuba a inicios del siglo XX, se llegaron a registrar 1.707 en el año 1951, 604 de ellas en La Habana. En el período prerrevolucionario, medicamentos de toda índole, producto del desarrollo de nuevas especialidades y en algunos casos con poca o ninguna seguridad terapéutica, invadieron las farmacias cubanas. Con raras excepciones, las farmacias se convirtieron en establecimientos comerciales sin una orientación sanitaria. Sin embargo, las farmacias y las grandes empresas productoras hacían investigación y en el país había una labor científica importante que se divulgaba a través de revistas farmacéuticas, incluidas las nacionales. En 1930 existían siete revistas farmacéuticas en La Habana (Cejás Yañez, 2003; López Espinosa, 2000).

La farmacia en Cuba: 1959 a 1990

Desde el primer momento del triunfo revolucionario en 1959, la nueva dirección del Estado realiza grandes esfuerzos para mejorar la salud de la población y se implantan muchos programas nuevos para mejorar los indicadores de salud. Aparte de la firme decisión política de priorizar la salud, los cambios corresponden a diferentes razones. Una de ellas fue el éxodo en la década de 1960 de la inmensa mayoría de los farmacéuticos sobre todo a los Estados Unidos, lo que ocasionó un gran vacío de profesionales. Para superar el problema se aceleró la formación de farmacéuticos y se aprovechó la situación para introducir cambios en la orientación de la farmacia.

A lo largo de los años revolucionarios la farmacia pasa por diferentes fases. En su inicio, la urgencia y el proceso de búsqueda de una orientación radicalmente diferente llevan a algunos errores. Al convertirse todas las farmacias del país en estatales, se crearon las Empresas de Farmacia que agrupaban el trabajo de todas las farmacias de un territorio. A pesar de ello, las farmacias comunitarias seguían teniendo una orientación eminentemente comercial. El problema principal de las Empresas fue la limitación que impuso el tener una visión meramente económica de la actividad farmacéutica dando premios y estímulos solo por las ventas.

Por ello, en los primeros años de la Revolución, la farmacia queda rezagada con relación al resto de las actividades de la salud, y solamente se involucra en este desarrollo a partir de la década de 1980, cuando se comienzan a introducir en el funcionamiento de las mismas modificaciones con una orientación más sanitarista, aunque seguían persistiendo algunas ideas comerciales. A pesar de la primacía que la Revolución da a la salud, tendrá que pasar todavía algún tiempo para que se comience a considerar que el farmacéutico es un profesional que forma parte de los servicios de salud de su comunidad.

Los errores iniciales se fueron corrigiendo y los pocos farmacéuticos que quedaron en el país junto con los que se iban graduando en la Universidad de La Habana, trabajaron para lograr una visión diferente del medicamento. Lo que se quería era

que, en vez de considerarlo una mercancía, el medicamento se viera como un recurso para la salud. Con la subvención de todos los medicamentos de venta en las farmacias comunitarias y la entrega en forma gratuita a nivel hospitalario, la actividad de las farmacias se desarrolló sin grandes contratiempos hasta la década de 1990.

Estos años fueron una época caracterizada por muy poca revisión y por ende poca variación de la gama de medicamentos circulantes en el país; a pesar de existir una comisión de Formulario Nacional, el trabajo de la misma no se veía reflejado en la calidad y cantidad de medicamentos que se comercializaban en esos momentos. Por su parte, el trabajo de los farmacéuticos comenzaba a dar sus primeros pasos hacia el paciente, impulsado fundamentalmente por la labor docente del Instituto de Farmacia y Alimentos de la Universidad de La Habana y los departamentos de farmacia en las Universidades de Villa Clara y Santiago de Cuba. Estas instituciones graduaron profesionales más orientados al trabajo asistencial. Por su parte, la Dirección Nacional de Farmacia empezó una labor encaminada a introducir la labor asistencial entre sus objetivos, aunque aún sin un marco teórico y legal que lo respaldara.

Programa Nacional de Medicamentos

En febrero de 1991 se aprueba el Programa Nacional de Medicamentos (PNM) como respuesta del Ministerio de Salud Pública a los cambios políticos que se venían produciendo en Europa del Este y que podrían afectar el financiamiento del sistema de salud y la importación de medicamentos en el futuro, tal como ocurrió. El PNM estaba fundamentalmente dirigido a controlar la prescripción médica y a reducir el número de medicamentos circulantes para enfrentarse a la carestía, así como a discontinuar el uso de medicamentos ya obsoletos y sin eficacia demostrada.

La reducción progresiva, a partir de entonces, de la disponibilidad de divisas, derivada de la desaparición de la Unión Soviética y de los países socialistas de la Europa del Este y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano a Cuba, obligó a una revisión de las políticas farmacéuticas que se habían implementado hasta este momento (Ministerio de Salud Pública, 2007). En abril de 1994 se confeccionó el Plan de Perfeccionamiento del Programa Nacional de Medicamentos, que se implantó inicialmente en la Ciudad de La Habana y a partir de enero de 1995 se extendió al resto del país (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000).

El PNM y el conjunto de modificaciones emanadas fundamentalmente del Plan de Perfeccionamiento y las que este mismo sufre desde 1994 hasta 1996 estaba dirigida fundamentalmente al control administrativo de los primeros eslabones de la cadena, es decir la producción, distribución y prescripción. El control administrativo de la receta y el cuño del médico estaban limitados a que se entregara la receta y a que esta cumpliera con los requisitos que se exigían en su llenado, pero no actuaban sobre la calidad del uso de los fármacos, es decir, no pretendían conseguir una prescripción y dispensación adecuada, oportuna e informada, y un uso racional de los

medicamentos. Para alcanzar estos objetivos, el PNM sufre posteriores actualizaciones en los años 1998, 2001 y más recientemente en el año 2007.

A principios del 2001 el gobierno decide fusionar la industria médico-farmacéutica, hasta entonces bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con la Industria Química, perteneciente al Ministerio de la Industria Básica (MINBAS) y transferir la fusión resultante al MINBAS. El cambio introdujo una dinámica nueva en el Sistema Nacional de Salud, que permitió al MINSAP dedicar mayores esfuerzos y recursos al desarrollo de la política de medicamentos, perfeccionando la planificación, el control de la prescripción, la dispensación y el uso de los fármacos en el Sistema Nacional de Salud.

Al mismo tiempo se reorganizaron todas las actividades de planificación de medicamentos en el Grupo Nacional de Planificación y Análisis coordinado por el Viceministerio de Logística del MINSAP, con representación en todas las provincias del país. La cuantificación de las necesidades de medicamentos se empezó a realizar a través de estudios de tendencias de consumo de medicamentos, análisis de incidencia y prevalencia de enfermedades, datos demográficos, y pacientes inscriptos por enfermedades crónicas. Toda esta información se recoge en el nivel local y los planes de necesidades y suministro se elaboran y discuten anualmente en todas las provincias, con la presencia de un representante del Grupo de Planificación Nacional y del representante provincial del Grupo de Planificación, el farmacoepidemiólogo provincial, el jefe provincial de farmacia y los representantes de la empresa distribuidora de medicamentos en cada provincia.

Igualmente se reestructuró toda la cadena de distribución de medicamentos en el país, que ahora estaba a cargo de la Empresa Comercializadora de Medicamentos (EMCOMED) del MINBAS. La distribución se realiza teniendo en cuenta las demandas de cada territorio, analizadas y aprobadas para los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, acción que realiza el distribuidor de acuerdo al consumo histórico y las regulaciones establecidas para el uso de medicamentos del MINSAP. También se tienen en cuenta los medicamentos específicos para programas nacionales según especialidades médicas y programas especiales. Los datos son recogidos en un programa informatizado que mantiene actualizados los registros de existencia en cada punto de distribución, lo que junto a los pedidos que realiza cada una de las instituciones de salud permite que las mismas sean reabastecidas periódicamente. Las farmacias comunitarias reciben una distribución semanal y deben mantener en existencia lo que necesitan para un mes, y las farmacias hospitalarias con una frecuencia mensual para mantener un nivel de cobertura de 45 a 60 días.

De acuerdo al Programa Nacional de Medicamentos la dispensación de medicamentos la debe hacer personal profesional en todas las farmacias del país. A pesar de ello este es un aspecto en el que apenas se ha avanzado. En la mayoría de las farmacias el personal que trabaja directamente en la atención del paciente/cliente no es un profesional farmacéutico. Por ello no se ha logrado un trabajo estable y eficiente en las farmacias comunitarias.

Tipología de farmacias

En 2005 la Dirección Nacional de Farmacias hizo un trabajo importante referente a la organización del trabajo de las farmacias al actualizar su clasificación en base a las siguientes variables: sus características estructurales, los servicios que brindan, su vinculación con otros servicios y unidades de salud, el cuadro básico de medicamentos asignado, los niveles de distribución de medicamentos y la población que atienden (Dirección Nacional de Farmacia, 2005). Las cuatro categorías son:

- *Farmacia Principal Municipal (FPM)*. Constituye la unidad rectora desde el punto de vista técnico-metodológico y asistencial de la red de farmacias de su municipio. Podrá disponer de todos los medicamentos aprobados en el cuadro básico para uso ambulatorio, incluyendo medicamentos controlados por tarjeta (para patologías crónicas), medicamentos destinados a ingreso domiciliario¹, estupefacientes y psicotrópicos, así como otros stocks específicos definidos por el PNM, además de medicamentos elaborados en producción local-dispensarial incluyendo formulaciones oficinales, magistrales y fito y apifármacos. Esta farmacia debe desarrollar un papel relevante desde el punto de vista de atención farmacéutica, investigación e información científico-técnica, docencia y gerencia de los servicios farmacéuticos.
- *Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud (FEAS)*. Son aquellas unidades que se vinculan directamente a los policlínicos, por lo que responderán tanto a los servicios asistenciales que estos prestan como a la asistencia médica comunitaria de la localidad donde está enclavada. Dispondrá de los medicamentos establecidos por el cuadro básico de medicamentos para este tipo de unidad que incluyen, entre otros, los medicamentos controlados por tarjeta (para patologías crónicas), estupefacientes y psicotrópicos. Su horario de servicio es de 24 horas y dependiendo de las características de cada territorio se procurará que dispongan de dispensario y mensajería.
- *Farmacia de Atención Hospitalaria (FAH)*. Son aquellas unidades que se vinculan con hospitales e institutos de salud para cubrir las necesidades de medicamentos a pacientes con seguimiento por dichas instituciones o aquellos que son atendidos en el cuerpo de guardia o en consultas especializadas. Disponen, además de los medicamentos definidos por el cuadro básico para farmacias comunitarias normales, de los medicamentos requeridos por las especialidades que se brindan en los hospitales e institutos vinculados, los cuales define el Comité Farmacoterapéutico. Su horario depende de los requerimientos de la institución o área donde está enclavada la misma.
- *Farmacia Comunitaria Normal (FCN)*. Son aquellas unidades que no tienen requerimientos asistenciales adicionales pero que juegan un papel primordial en la

¹ Se entiende por ingreso domiciliario la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesiten un seguimiento diario de su enfermedad y que no requieran por su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación permanecer en el hospital, pero sí de su aislamiento y reposo domiciliario.



Figura 8.1. Farmacia en el municipio Plaza en la ciudad de La Habana.

accesibilidad de los medicamentos a la población pues garantizan la cobertura farmacéutica a la mayor parte de la atención primaria de salud. Incluye farmacias urbanas y rurales. Generalmente están atendidas por técnicos de farmacia.

Estrategia de la farmacoepidemiología

En 1996, el Sistema Nacional de Salud empieza un proceso de modernización. Uno de los programas, quizá el más importante, fue el inicio de la farmacoepidemiología, que revolucionaría la orientación hacia los medicamentos y los programas relacionados con ellos. La farmacoepidemiología —entendida como la disciplina que estudia la utilización de los medicamentos y el impacto que en el orden médico, económico y social produce su uso en la sociedad— se empezó a utilizar para mejorar la utilización de los medicamentos (Ministerio de Salud Pública, 2007). Se crea una Red Nacional de Farmacovigilancia integrada por las 175 FPM.

La Farmacia Principal Municipal debe cumplir las condiciones establecidas por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica del MINSAP y es el centro rector de la red de farmacias del municipio para el perfeccionamiento de los servicios farmacéuticos. Debe estar dirigida por un farmacéutico quien también dirige la red municipal de farmacias comunitarias. El espacio físico de la Farmacia Principal Municipal

tiene que contar con un área de venta al público, laboratorio para la preparación de fórmulas magistrales y oficinales, almacén y área de reenvaso (para reenvasar los medicamentos y/o materias primas que lleguen en empaques de un volumen superior al que van a ser dispensados, tanto de la industria farmacéutica, de almacenes distribuidores como de laboratorios de producción local de medicamentos). El laboratorio de la propia farmacia también reenvasa sus propios medicamentos a pesar de que en los últimos años la producción de medicamentos oficinales ha ido disminuyendo. La FPM cuenta además con una oficina de dirección y un laboratorio de control de calidad (Ministerio de Salud Pública, 2007).

En la Farmacia Principal Municipal radica la presidencia del Comité Farmacoterapéutico Municipal (CFTM), órgano multidisciplinario de evaluación y control del uso racional de medicamentos en el territorio.

El CFTM estuvo dirigido en sus inicios por un especialista de medicina general integral entrenado en farmacoepidemiología. Con el transcurrir de los años y la necesidad de enviar médicos a ayudar en los servicios de salud de otros países, farmacéuticos entrenados en farmacoepidemiología asumieron la dirección en la mayoría de los comités farmacoterapéuticos municipales. Estos farmacéuticos recibieron su capacitación en cursos de diplomado en farmacoepidemiología diseñados por la Escuela Nacional de Salud Pública y el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF) (Dirección Nacional de Farmacia, 2001). Además, se diseñaron y ejecutaron cursos cortos y seminarios nacionales e internacionales para complementar la formación. Debe resaltarse la ayuda brindada por el Instituto Catalán de Farmacología Clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona en la especialización de muchos de los farmacoepidemiólogos cubanos.

A nivel provincial se creó un Grupo Provincial de Farmacoepidemiología, dirigido por un médico o farmacéutico, con entrenamiento en farmacoepidemiología; y a nivel nacional el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología, centro subordinado al MINSAP, como órgano rector del trabajo dirigido a mejorar el uso racional de los medicamentos.

El CDF diseñó dos vertientes de trabajo cuyos propósitos eran complementarios (Ministerio de Salud Pública, 2007):

- Desarrollar grupos especializados en farmacoepidemiología conformados por médicos de medicina general integral, farmacéuticos y enfermeras. A través de estos grupos se inició la evaluación de la calidad de la prescripción médica y el consumo de medicamentos con el fin de conseguir un uso más racional de los mismos.
- Mejorar la calidad del servicio farmacéutico que se presta en la red de farmacias comunitarias del sistema, con el propósito de perfeccionar los servicios que se prestan y la satisfacción de la población.

En el programa de farmacoepidemiología trabajan decenas de farmacoepidemiólogos. Comenzó su trabajo fundamentalmente en la atención primaria y se ha extendido a la atención secundaria y terciaria. Su actividad ha permitido eliminar

el consumo de medicamentos poco recomendables en patologías muy prevalentes y reemplazarlos progresivamente por otros más eficaces, más seguros e incluso a veces más baratos.

El rol del farmacéutico en medicina natural y preparaciones galénicas y magistrales

La escasez de medicamentos durante la década de 1990 constituyó un problema grave en el país. Los medicamentos naturales y homeopáticos constituyeron una valiosa contribución, teniendo un gran impacto en aquellos años de escasez (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000).

Estos productos se integraron al Programa Nacional de Medicamentos y el programa de farmacoepidemiología los asumió como parte del arsenal terapéutico, y en 1997 se creó en el MINSAP la Dirección de Medicina Natural y Tradicional (Ministerio de Salud, 2007). El papel del farmacéutico en el desarrollo del Programa de Medicina Natural y Tradicional fue de vital importancia para la elaboración de estos productos en los laboratorios de producción local y en las preparaciones de fito y apifármacos en los laboratorios de las farmacias comunitarias. Los farmacéuticos también realizaron una amplia divulgación de las propiedades de los medicamentos naturales a los médicos y a los pacientes que llegaban a las farmacias.

Desde entonces una de las funciones del farmacéutico ha sido divulgar el papel de los medicamentos naturales dentro de la terapéutica. Su uso no es solamente para momentos de escasez, ya que tienen utilidad permanente en cualquier sistema de salud. Para promover estos medicamentos, el programa preparó charlas y afiches en los que se exponían las propiedades terapéuticas de los medicamentos naturales (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000). También se publicó un libro titulado *Fitomed*, que recogía información sobre muchas de las plantas medicinales de Cuba e incluía sus características y propiedades terapéuticas. Además, se diseñó y aprobó una especialidad médica relacionada con el uso de técnicas de medicina tradicional y natural, y se formaron farmacéuticos en diplomados y cursos de homeopatía y fitoterapia.

No obstante, una vez que comenzó a mejorar el abastecimiento de medicamentos químicos industriales, se ha evidenciado que un grupo de médicos comenzó a dejar de prescribir de manera habitual los medicamentos naturales; en esto pudo haber influido —además de la reticencia propia de los médicos a prescribir medicamentos naturales— el hecho de que estos productos se elaboraran, envasaran y etiquetaran en los laboratorios de las propias farmacias, provocando que los mismos no tuvieran una presentación a la altura de los productos que elabora la industria farmacéutica. Muchos de estos productos naturales hoy se fabrican ya en el país a nivel industrial y tienen una presentación más atractiva que facilita una mayor aceptación.

Control de la prescripción

En Cuba todos los medicamentos se dispensan por receta médica excepto el ácido acetil salicílico 500 mg, las tabletas multivitaminícas polivit, el antiséptico iodopovidona 10% (frasco x 30 ml), el antiséptico thiomersal (frasco x 30 ml), los anticonceptivos orales, y los fito y apifármacos.

Las recetas médicas hoy son válidas en todas las unidades de la red de farmacias. Se deben dispensar de acuerdo a la cantidad de medicamentos indicados o establecidos en las políticas nacionales o de cada área de salud y/o institución según la posología descrita por el prescriptor. En el acto de la dispensación se debe explicar al paciente la manera de cumplir adecuadamente con el tratamiento.

El sistema de salud cubano se rige por las normas que establece el MINSAP. La normativa nacional establece que cada hospital, área de salud y/o institución asistencial donde se prescriba o use medicamentos, en coordinación con su farmacia correspondiente, debe confeccionar su propio Cuadro Básico de Medicamentos (CBM), es decir el listado de los medicamentos que necesita cada institución para brindar una correcta asistencia. El CBM debe ser discutido y aprobado en su comité farmacoterapéutico. Para ello, este comité debe considerar en primer lugar los fármacos aprobados para el CBM nacional, la morbilidad que se atiende y el nivel de servicio que presta. Además, debe garantizar que sus directivos y prescriptores conozcan y apliquen el CBM.

Cada hospital, área de salud y/o institución, a través de su comité farmacoterapéutico, siguiendo las políticas y protocolos generales establecidos por el MINSAP, deben diseñar e implementar sus políticas terapéuticas, así como los protocolos de tratamientos de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia. También tienen la responsabilidad de que todos sus prescriptores los conozcan y los cumplan (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000). Para evaluar la calidad de la prescripción, el farmacoepidemiólogo junto al director de la FPM y/o especialistas designados por el Comité Farmacoterapéutico Municipal (CFTM), deben revisar de forma aleatoria las historias clínicas de los policlínicos y consultorios, comprobando la calidad de los datos primarios, es decir los que se encuentran en los documentos elaborados por los médicos. Los CFTM de cada área de salud y/o institución discuten los resultados del monitoreo y en caso de que hubiere algún problema toman las medidas necesarias para resolverlo.

Formación de pre y posgrado del profesional farmacéutico

La formación del profesional farmacéutico está a cargo del Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL), fundado en el año 1991, con la finalidad de ampliar y dar continuidad al trabajo desarrollado por la antigua Facultad de Farmacia y Alimentos de

la Universidad de La Habana (UH). El Instituto tiene actividades docentes de pre y posgrado y de investigación en química básica, tecnología (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000) y control de medicamentos, química farmacéutica, farmacología, toxicología y farmacocinética. Además, posee un Centro de Elaboración de Medicamentos Fito-terapéuticos, una Farmacia Experimental y un Servicio de Información de Medicamentos (Sánchez Martínez *et al.*, 2006).

La carrera de Farmacia se realiza en cinco años. La formación permite a la/el licenciada/o trabajar en varias actividades, tales como la industria, las farmacias y la docencia. Se debe señalar que dentro del sistema de salud existen muchas unidades docentes donde el profesional puede ejercer su labor tanto en la formación práctica de técnicos como de profesionales, y en la investigación. Es importante para el profesional farmacéutico que a lo largo de su carrera continúe su formación tomando cursos de posgrado que en Cuba se conocen también bajo el nombre de cursos de superación.

En el Cuadro 8.1 se pueden ver los once diplomados y las seis maestrías y cursos de doctorado que ofrece el IFAL (Sedeño Argilagos *et al.*, 2000).

Casi toda esta gama de cursos de superación profesional está presente fundamentalmente en la capital, que es donde se encuentra el IFAL, y en dos provincias del país (Santiago de Cuba y Villa Clara) cuyas universidades cuentan con departamentos de Farmacia. Por su parte, el CDF ofrece una maestría y un diplomado en Farmacoepidemiología. El diplomado se ofrece en dos variantes: una presencial en todas las provincias del país y otra virtual a través de la Red Informática de Salud; además imparte varios cursos de actualización terapéutica para los profesionales que trabajan en farmacoepidemiología.

Un estudio que analiza la motivación para la superación de los profesionales farmacéuticos en la Ciudad de La Habana en una muestra de 72 profesionales de 23 a 44 años, es decir profesionales que pueden asimilar fácilmente nuevos conocimientos,

Cuadro 8.1. Tipos de diplomados y maestrías, Cuba, 2000.

Diplomados		Maestrías
Tecnología y control tecnológico de medicamentos	Balance anti-oxidante/ pro-oxidante: salud y enfermedad	Ciencia y Tecnología de Procesos Biotecnológicos
Control y aseguramiento de la calidad	Gestión ambiental	Farmacia Clínica*
Buenas prácticas de fabricación	Cronobiología	Farmacología
Farmacia asistencial	Fitoterapia	Química Farmacéutica
Calidad en los servicios farmacéuticos	Aprovechamiento en recursos naturales	Toxicología Experimental
Gestión empresarial		Tecnología y Control de Medicamentos

*Esta maestría además de impartirse en la sede permanente del IFAL, se ha impartido en la provincia de Guantánamo, para toda la región oriental del país y se proyecta impartirlo en la provincia de Camagüey, para la zona del Centro-oriente.

Fuente: Elaboración propia.

obtuvo los siguientes resultados (Mateu López *et al.*, 2008): más del 50% de los profesionales de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios (SFC) accedieron a la superación por gestión propia y muchos encuestados que no accedieron tenían conocimiento de los cursos que se estaban ofertando. Es decir, en los cinco años anteriores a la encuesta quedaban muchos profesionales de los SFC de esta ciudad que no habían tomado cursos de superación en temas que sirven para su trabajo asistencial.

Se debe señalar que se evidencia una pasividad extrema por parte de muchos farmacéuticos para mantenerse actualizados en su profesión. Una vez que se gradúan y se incorporan en los servicios farmacéuticos, no hacen nada para actualizarse hasta que se les avisa de algún curso de posgrado. Este estudio permite sugerir que es necesario motivar a los profesionales a mantenerse actualizados con cursos de posgrado para asumir el reto que representa la atención farmacéutica.

Aparte de la reticencia de los farmacéuticos a tomar cursos de posgrado, el estudio también encontró otras barreras a la superación, entre ellos la falta de información sobre los cursos. Estos hallazgos indican que los centros laborales que tienen la obligación de garantizar la formación continua de sus profesionales necesitan planificar mejor la oferta de los cursos de superación y también anunciarlos mejor.

Las filiales de la Sociedad Cubana de Farmacia deberían tener un mayor protagonismo en promocionar la superación sobre todo en provincias que no cuentan con departamentos de farmacia en sus universidades.

Los profesionales que trabajan en las farmacias principales municipales son los más motivados hacia la educación sanitaria y el manejo de información sobre medicamentos, probablemente por su mayor especialización y por las funciones específicas que deben desarrollar desde ellas.

Por otra parte, es alentador constatar que algunos farmacéuticos se muestran interesados en la temática de Buenas Prácticas, ya que es la base para lograr servicios farmacéuticos de calidad. Los profesionales de las farmacias principales municipales y de las farmacias comunitarias especial del Área de Salud son los que presentaron una mayor motivación para adquirir conocimientos sobre buenas prácticas. Por otra parte, se constató que el interés por la superación en los aspectos logísticos es bajo y se observa que en general existe una mayor motivación hacia la superación en el área clínica.

El profesional farmacéutico se enfrenta a un creciente número de medicamentos y a la aparición de nuevos esquemas de tratamiento sobre los cuales tiene que mantenerse actualizado. Igualmente, los servicios farmacéuticos están llamados a asumir nuevas responsabilidades para las cuales se necesita formación, por lo que es imprescindible establecer un plan de formación continua para los farmacéuticos que esté de acuerdo a las nuevas responsabilidades que cada uno va a enfrentar.

Otro recurso humano de salud en Cuba son los técnicos en farmacia. Una vez que se gradúan de preuniversitario estudian durante tres años en institutos tecnológicos de salud ubicados a todo lo largo y ancho del país. El programa de estudios incluye cursos básicos en farmacología, tecnología farmacéutica, interacciones medicamentosas, estudios de la fitoquímica y administración de farmacias. Desde el segundo año comienzan a rotar por las farmacias, donde van adquiriendo experiencia práctica.

Una gran parte de ellos, una vez graduados y mientras trabajan en las farmacias deciden seguir estudiando y obtienen una licenciatura en Tecnología de la Salud con el perfil de Servicio Farmacéutico, que mediante un esfuerzo enorme del Estado cubano se imparte en todos los municipios del país, como parte de la municipalización de las sedes universitarias. El primer curso de esta licenciatura comenzó en el 2003 y la primera graduación tuvo lugar en el año 2007. Estas posibilidades de formación van a cambiar el panorama futuro ya que en un tiempo muy breve se podrá multiplicar el número de profesionales farmacéuticos en todas las unidades de farmacia en el país.

El farmacéutico, la dispensación y la seguridad en el uso de los fármacos

En muchos países los farmacéuticos han comenzado a incorporar prácticas colaboradoras como una manera de integrar sus servicios con los médicos y se han reportado diferentes modelos de relación de trabajo en equipos multidisciplinarios que han sido implementados en los servicios de salud. Se reconoce que no se ha avanzado mucho, que muchos esfuerzos son experimentales y que queda mucho por hacer, tanto para incorporar los cambios necesarios en la educación de los farmacéuticos como en generar los cambios de mentalidad en los médicos.

En Cuba, Torres Domínguez (2005) ha señalado que algunos hospitales han empezado a dar los primeros pasos para que los médicos y farmacéuticos puedan trabajar en equipo. Sin embargo, para el autor aún existen barreras que hay que superar. Sedeño Argilagos *et al.* (2000) indicaron que las autoridades médicas todavía no han reconocido completamente los aportes que pueden hacer los farmacéuticos en mejorar la salud del paciente a través de un uso adecuado de los medicamentos. En las farmacias comunitarias hay más dificultades que en los hospitales por la ausencia de farmacéuticos en muchas de ellas y sobre todo porque los médicos de familia no reconocen el potencial de la labor asistencial del farmacéutico al mismo tiempo que muchos farmacéuticos carecen de una orientación clínica. Otras dificultades señaladas por estos autores incluyen los problemas de acceso a una información científica actualizada, problemas en obtener información sobre las condiciones de salud de los pacientes, así como el entendimiento de que la farmacia es un establecimiento para la venta de medicamentos más que un establecimiento de servicios de salud.

Atención farmacéutica y errores de medicación

Según algunos autores, el concepto de atención farmacéutica surgió a partir de la definición ofrecida por Hepler & Strand (1990) donde se vincula la calidad y manejo responsable de la farmacoterapia con la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

A medida que se ha ido conociendo mejor la morbilidad inducida por medicamentos se ha ido aprendiendo que los errores tienen múltiples causas, la mayoría de los cuales se pueden prevenir a través de intervenciones multidisciplinarias en las cuales el farmacéutico juega un papel importante.

En función de todo lo planteado anteriormente, varios sectores del sistema de salud cubano, liderados por el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y la Dirección de Farmacia del MINSAP, han venido trabajando en desarrollar estrategias que coadyuven a lograr mejoras en el trabajo de los farmacéuticos. En los últimos años se ha logrado un pequeño avance en la actividad de los servicios farmacéuticos del país, pero como se ha mencionado aún queda mucho para integrar su trabajo con el equipo de salud, fundamentalmente con los médicos. Lo primero sería conseguir una relación profesional en la tríada de la atención primaria médico-farmacéutico-enfermera, para lo cual se hace necesario:

- Perfeccionar los mecanismos de dispensación farmacéutica en todos los niveles de atención del país.
- Adoptar una cultura de seguridad en el uso de los medicamentos.
- Asegurar la disponibilidad continuada de asistencia farmacéutica.
- Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos.
- Educar a los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento.
- Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y seguimiento de la seguridad de los fármacos.

La atención farmacéutica en el entorno cubano está lejos de ser una realidad, a pesar del trabajo en algunos centros que de forma aislada y durante mucho tiempo han tratado de desarrollar esta actividad; todavía no existen sustentos reales que permitan vislumbrar un desarrollo de la misma a corto plazo.

Conclusión

Como se ha explicado, cada municipio del país cuenta con una red de farmacias integradas y según su nivel de complejidad las farmacias están dirigidas por un licenciado o técnico en Farmacia, que son los encargados del cumplimiento de las buenas prácticas en la dispensación de los medicamentos.

En Cuba, en donde todos los medicamentos son genéricos o de fuente múltiple, con precios asequibles a toda la población y en donde no existe presión alguna para aumentar las ganancias por ventas de medicamentos, el farmacéutico está en condiciones ideales para dedicar todos sus esfuerzos a mejorar el uso adecuado de los medicamentos (Debesa, 2006). Algunas de las funciones que viene desempeñando, como por ejemplo el control de lotes, vencimiento y chequeo de producciones dispensariales, pueden ser asumidas por otro personal técnico de forma que el farmacéutico pueda dedicar más tiempo a la farmacoterapia, su principal quehacer profesional.

Cada día se hace más patente la necesidad de utilizar este recurso humano como parte integrante de la actividad multidisciplinaria de la salud e incorporarlo al equipo de salud con el objeto de que los medicamentos cumplan su función preventiva o curativa y se disminuya la morbilidad y mortalidad que con frecuencia inducen.

Con el surgimiento de las FPM, se han dado algunos pasos hacia la integración del farmacéutico de la comunidad al equipo de salud y se ha comenzado a ver algunos avances. Como se ha discutido a lo largo del capítulo, es necesario promover la cultura de un uso adecuado de medicamentos en todos los niveles del circuito medicamentoso, desde la producción, distribución, prescripción y dispensación hasta el uso que de ellos hacen los ciudadanos. El farmacéutico puede y debe tener un papel importante en este esfuerzo. La autovaloración profesional del farmacéutico unido al reconocimiento y apoyo institucional son vitales para lograr esta integración necesaria del farmacéutico a los servicios de salud y de esta forma mejorar la salud de la población.

Referencias bibliográficas

- Cejas Yañez, E. (2003). *La industria farmacéutica en Cuba*. Disponible en: <https://tinyurl.com/bd-h833bp> (consultado 08/06/2025).
- Debesa, E (2006). El farmacéutico y la salud pública. *Revista Cubana de Farmacia*, 40, (1).
- Dirección Nacional de Farmacia (2001). *Manual de Organización y Procedimientos*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Farmacia (2005). *Manual de Normas y Procedimientos. Farmacia Comunitaria. Tomo I*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- Hepler, C. D.; Stand, L. M. (1990). Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533-543.
- López Espinosa, J. A. (2000). Contribución a la historia de la bibliografía farmacéutica cubana. *ACIMED* 8 (1), 3.
- Mateu López, L.; Sedeño Argilagos, C.; González San Miguel, H. M. (2008). Intereses y motivaciones por la superación profesional del farmacéutico comunitario en Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Farmacia*, 42.
- Ministerio de Salud Pública (2007). *Programa Nacional de Medicamentos*. La Habana: Ministerio de Salud Pública, pp. 3-16.
- Sánchez Martínez, G.; Nieto Acosta, O. M.; Castiñeiras Díaz, M. (2006). Instituto de Farmacia y Alimentos, 15 años en la formación de recursos humanos. *Revista Cubana de Farmacia*, 40.
- Sedeño Argilagos, C.; Arbezú Michelena, M. A.; Fernández Argüeyes, R.; Fernández Monagas, S. A. (2000). Actividad del farmacéutico hospitalario: Su incidencia sobre el personal médico. *Revista Cubana de Farmacia*, 34, 19-24.
- Torres Domínguez, A. (2005). Errores en la medicación: función del farmacéutico. *Revista Cubana de Farmacia*, 39. Disponible en: <https://tinyurl.com/yhn73n8y> (consultado 08/06/2025).

Capítulo 9

Las políticas farmacéuticas y las farmacias en Perú

Aldo Álvarez Risco, Núria Homedes

Introducción

Este capítulo describe diferentes aspectos del quehacer farmacéutico en el Perú. Primero presenta las características que tiene el mercado de medicamentos, haciendo hincapié en los aspectos legales que regulan dicho mercado. A continuación, se analizan los programas de salud existentes dentro del sistema de salud, así como la participación que los establecimientos farmacéuticos tienen en ella y los problemas relacionados con la automedicación en Perú. También se discuten brevemente algunos aspectos fundamentales de la formación profesional de los farmacéuticos. Finalmente se examina el desarrollo que ha tenido en el país la atención farmacéutica.

Características del mercado peruano de medicamentos

En el 2006 el mercado peruano de medicamentos se estimó en US\$ 717 millones para 28 millones de habitantes, es decir un gasto per cápita de US\$ 25, lo que está por debajo del gasto de otros países latinoamericanos. Los medicamentos de venta que exigen receta representaron en el 2004 el 79% del mercado, pero se estima que el 70% de estos medicamentos se obtuvieron sin receta. El 76% del gasto en medicamentos se realiza en el sector privado.

Perú tiene una industria farmacéutica local de 21 laboratorios, pero el 70% del valor de las ventas es de productos transnacionales y diez empresas transnacionales controlan casi la mitad del mercado. Estos laboratorios distribuyen el 26% de los medicamentos para el mercado local en forma directa y el 74% a través de distribuidores (Miranda, 2005). Los distribuidores más importantes son Albis, Perufarma y Drokasa.

A través de la venta directa se abastecen farmacias y cadenas de farmacias privadas (3% del gasto total), clínicas privadas (7%), el seguro social y los hospitales públicos (16%); las empresas distribuidoras abastecen a las farmacias privadas (38% del mercado total), a las cadenas de farmacias (23%), a las clínicas privadas (8%) y al seguro social y hospitales públicos (5%) (Miranda, 2005). El margen de ganancia para los distribuidores es aproximadamente el 8% y para la venta al menudeo está entre el 24 y el 30% del precio de fábrica.

En general, en el Perú las farmacias y cadenas de farmacias distribuyen el 63% del valor de los medicamentos, las clínicas privadas el 14%, el seguro social y sector público el 21%, y el 2% restante se distribuye por otros canales (Miranda, 2005).

El marco legal

Perú tiene una larga historia de intentos oficiales para conseguir que la población tenga acceso y haga un uso adecuado de los medicamentos que data de la década de 1960. Durante la de 1980 diversos sectores académicos, privados y gubernamentales trabajaron en la formulación de la Ley del Medicamento, con la intención de que abarcara aspectos de selección, registro, producción, comercialización, garantía de calidad, promoción, capacitación de recursos humanos y uso racional (Gereffi, 1988). Sin embargo, los proyectos de ley no prosperaron (Phang Romero, 1998).

En 1985 se creó la Comisión Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas (CONAMAD) como agencia autónoma descentralizada conformada por académicos, la industria farmacéutica y el gobierno. La agencia logró que se prohibiera la venta de asociaciones de principios activos obsoletas y peligrosas, y estableció un sistema de control de precios, pero acabó disolviéndose en 1990 porque se convirtió en un foro para resolver los conflictos entre los diferentes subsectores que la conformaban (Phang Romero, 2002).

En noviembre de 1987, según Resolución Ministerial, se creó el Centro Nacional de Información de Medicamentos (CENAIM) como órgano de apoyo técnico a la CONAMAD y en 1990 se creó, dentro del Ministerio de Salud, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGE- MID), que asumió las funciones de la CONAMAD.

En 1990 se creó la Comisión para elaborar el Formulario Nacional de Medicamentos. Por otra parte, las reformas neoliberales que se empezaron a implementar en el país favorecieron la desregulación del mercado y las iniciativas para regular el sector fueron abortadas. Entre otras cosas se simplificó enormemente el registro sanitario (en Perú el registro de medicamentos es prácticamente automático) y se invalidó la retirada del mercado de los medicamentos obsoletos y peligrosos que contaban con el registro sanitario que había realizado la Comisión (Phang Romero, 2002). El resultado es que en Perú hay unos 18.000 productos registrados. Sin embargo, otras actividades de la Comisión fueron útiles; en 1993 se publicó la Guía Farmacoterapéutica Nacional que, aunque debería ser de ámbito nacional, en la práctica solo la utilizan las instituciones públicas de salud.

En la década de 1990, también resultado del neoliberalismo, para estimular la competencia se elimina el requisito de que el dueño de la farmacia sea farmacéutico para que cualquier persona o grupo con capital pueda abrir una farmacia. Las nuevas farmacias cuyos dueños no son farmacéuticos se llaman boticas, que al igual que las farmacias requieren la presencia de un farmacéutico. El objetivo de esta política era aumentar la competencia para bajar los márgenes de ganancia y así reducir los precios de los medicamentos, lo cual no sucedió; al contrario, los precios siguieron aumentando (Phang Romero, 2002).

Durante este mismo período se aprobó una ley que obligaba a la prescripción según la denominación común internacional (DCI), y a la sustitución de los productos de marca por genéricos en las farmacias, tanto del sector público como del sector privado. Sin embargo, una evaluación realizada por el Ministerio de Salud (MINSA) reveló que menos de la mitad de las recetas (46,5%) se hicieron por la DCI. También se encontró que en las farmacias públicas la sustitución por genéricos se implementó en un 70%, mientras que en el sector privado solo se hizo en el 35% de las ocasiones (Phang Romero, 2002). Más recientemente, en abril de 2008, el MINSA emitió una resolución que le autoriza a aplicar sanciones y multas a los profesionales que no receten por DCI (Boletín Fármacos, 2008a).

En el año 1999, con el fin de integrar las acciones de farmacovigilancia a las de información de medicamentos, se crea el Centro Nacional de Farmacovigilancia e Información de Medicamentos (CENAFIM) y se le encarga la coordinación del Sistema Peruano de Farmacovigilancia.

La Política Nacional de Medicamentos del año 2004 estableció que dentro de la Promoción de las Buenas Prácticas de Prescripción y Dispensación se debe:

- 1) Elaborar y promover en forma conjunta, con los colegios profesionales y la Asociación de Facultades de Medicina, Odontología y Obstetricia, las Buenas Prácticas de Prescripción en concordancia con las competencias de cada profesión.
- 2) Promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado.
- 3) Buscar y aplicar mecanismos para asegurar el cumplimiento de la exigencia legal de la receta médica para la dispensación de medicamentos que la requieren.

En el año 2006 se crea el Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos (CENADIM) como órgano técnico-científico asesor de la DIGEMID, con el objetivo de proporcionar información científica independiente y actualizada sobre medicamentos en forma oportuna a quien lo solicite. La actividad del CENADIM puede ser una estrategia óptima para atender necesidades particulares de información. La seguridad social (ESSALUD) también ha desarrollado un servicio de información médica gratuita vía telefónica conformado por médicos y farmacéuticos para los asegurados.

En enero del 2009 se aprobó el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación (Resolución Ministerial 013/2009) y se ha iniciado una fuerte campaña de concientización hacia los farmacéuticos para adaptarse a esta normativa.

Programas públicos de acceso a medicamentos en el sector público

En el país hay una larga tradición de intentar facilitar el acceso a los medicamentos. Ya en 1959 se estableció una lista de 20 medicamentos esenciales para atender las patologías de mayor prevalencia en el sector público. Estos medicamentos los entregaban los laboratorios directamente a los centros de salud y hospitales y costaban una tercera parte que los productos de marca. En 1962, como resultado de la primera negociación entre el sector público y privado, se creó el Programa de Medicinas Sociales que ofreció 69 medicamentos a la población general por la mitad de su precio en el mercado (MINSA, 1996).

En 1969 se convocó a la primera licitación pública para el abastecimiento de 153 productos genéricos en la red nacional del MINSA, y en 1971 se estableció el Programa de Medicamentos Básicos (200 productos) para el sector público. Este programa resultó bastante exitoso y el control de calidad de los productos era estricto, pero no consiguió parar el consumo de productos de marca. Con la crisis económica de 1975 el programa se deterioró, hubo un gran desabastecimiento y se interrumpió el control de la calidad (Phang Romero, 2002).

La crisis económica de la década de 1980 hizo que entre 1980 y 1985 se discontinuara el Programa de Medicamentos Básicos. Durante el gobierno de 1985-1990 se creó el Programa de Medicamentos Básicos y Esenciales, que incluía 68 medicamentos que se deberían entregar en el sector público, pero no se adjudicaron fondos públicos al programa (Phang Romero, 2002). Por la crisis económica que el país sufrió durante estos años el gasto per cápita en medicamentos se redujo de US\$ 20 en 1987 a US\$ 10 en 1991 (Amaro *et al.*, 1993). A partir de 1993, el gobierno apostó por fortalecer y ampliar los programas sociales pero, así y todo, los servicios que proveía el sector público no eran gratuitos, la población pagaba por los insumos básicos y por los medicamentos.

La encuesta nacional de niveles de vida de 1994 reveló que el 20% de los pacientes de Lima no conseguían comprar los medicamentos necesarios, y estos porcentajes se elevaban a 43% y 47% en la Selva y en la Sierra Rural respectivamente (UNICEF/ Instituto Quánto, 1994). Por otra parte, la automedicación era muy elevada, sobre todo entre la población más desprotegida.

Entre 1991-94, UNICEF, en convenio con el MINSA, desarrolló el Proyecto de Revitalización de los Servicios Periféricos (PRORESEP) y siguiendo la recomendación consensuada entre el Banco Mundial y UNICEF en la reunión de Bamako, se establecieron fondos rotatorios para la compra de medicamentos y se promovió la

participación de la comunidad en su gestión¹. A finales de 1992 había 59 farmacias comunitarias en centros y puestos de salud que daban servicio a unas 210.000 personas. Este proyecto sirvió de base para el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM), dirigido a mejorar el abastecimiento en el primer nivel de atención que comenzó a desarrollarse en 1994 (Phang Romero, 2002).

El programa PACFARM se implementó a nivel nacional en coordinación con todas las Subregiones de Salud. A través de este programa se distribuyeron 63 productos, se permitió que los entes regionales elaborasen su listado de medicamentos en base a la morbilidad local, y se dotó a los almacenes regionales de stocks de reserva para iniciar el abastecimiento de servicios. La sustentabilidad del sistema se basó en la recuperación de costos. Durante los dos primeros años las compras de medicamentos se hicieron a través de licitación pública, los almacenes regionales podían aumentar el 15% sobre el costo de compra, y los centros de salud podían venderlos al público con un sobrecargo del 10%.

El manejo de los fondos era fiscalizado por un comité que incluía a dos representantes de los servicios de salud y a tres miembros de la comunidad. Los comités tomaban decisiones relacionadas con las compras de medicamentos y con los gastos de funcionamiento de las farmacias, incluyendo el sobrecargo por ventas y las exoneraciones de pago a los indigentes. Los medicamentos para programas especiales (incluyendo diarrea aguda y cólera, infección respiratoria aguda, tuberculosis y planificación familiar) siguieron siendo de entrega gratuita y los proporcionaba el MINSA (Phang Romero, 2002).

PACFARM llegó a invertir el 12% del gasto total en el desarrollo de cursos de entrenamiento en el manejo y uso racional del medicamento para los responsables de las farmacias (Phang Romero, 2002). Una evaluación realizada por la Agencia Internacional para el Desarrollo de EEUU (USAID) en 12 de las 23 subregiones del país calificó al programa de exitoso porque había conseguido: buenos niveles de abastecimiento en los centros de salud y en los almacenes (93%), un crecimiento por encima de lo esperado del fondo rotatorio (138%) con un aumento de la proporción de medicamentos donados a indigentes del 27%. Además, el 73% de las recetas de los centros de salud se hizo por nombre genérico y en los puestos de salud el 94% (Proyecto 2000- AID, 1996)².

¹ Se realizaron numerosas evaluaciones de la eficacia y consecuencias de establecer fondos rotatorios para los servicios de salud y adquisición de medicamentos entre los usuarios pobres en países de bajos y medianos ingresos. Con raras excepciones, los estudios han concluido que los fondos rotatorios constituyen un impedimento para que los pobres accedan a los servicios de salud que necesitan. El Banco Mundial ha tardado, pero finalmente ha reconocido esta realidad. La USAID continúa promoviendo fondos rotatorios en países de bajo y medianos ingresos.

² No es de extrañar que una evaluación realizada por la misma USAID haga una valoración positiva de su programa. Las evaluaciones de las intervenciones que hacen las agencias internacionales deberían ser ejecutadas por investigadores independientes financiados por instituciones ajenas a las que financiaron la intervención.

Sin embargo, la implantación de este programa no fue homogénea en el país. Los resultados dependían de: 1) el compromiso de las autoridades regionales con el programa; 2) la capacidad de gestión de los farmacéuticos de las Direcciones Regionales de Medicamentos, que tuvieron que luchar para que el farmacéutico se integrase al equipo de salud —lo que no siempre se logró—; 3) la interferencia con otros programas de salud implementados por MINSA; y 4) las características socioeconómicas de la región.

Un dato interesante es que PACFARM tuvo más dificultades para lograr el suministro en las zonas pobres (disponibilidad de medicamentos, interrupciones de stock, número de medicamentos por prescripción). Por otra parte, en estas zonas se mejoraron algunos indicadores tales como el número de medicamentos en la lista básica y el número de prescripciones con DCI). En cambio, en las zonas más ricas, PACFARM consiguió tasas altas de abastecimiento, pero no logró racionalizar el uso de medicamentos (Phang Romero, 2002).

En visitas de campo a algunos de los centros de salud de Lima y de Piura realizadas en 1996 se observó que en algunos centros de salud había preferencia por los medicamentos de marca versus los productos genéricos, y los beneficios de las ventas se utilizaban para mejorar la infraestructura o atraer a médicos especialistas (Homedes, 1996).

Phang Romero (2002) concluye que las políticas para racionalizar el uso de medicamentos genéricos no han conseguido el impacto deseado por la interferencia de la industria farmacéutica, y porque los médicos no han logrado cambiar los hábitos prescriptivos ya que con frecuencia dan a entender a la población que los medicamentos de marca son de calidad superior a los genéricos. Por su parte, el Instituto Peruano de Seguro Social, que atiende a un 26% de la población total, continuó con un sistema propio de abastecimiento y cuenta con una lista de medicamentos diferenciada por nivel de atención (Phang Romero, 2002).

La automedicación

En Perú es común que los pacientes vayan a las farmacias y boticas a consultar con el farmacéutico sobre las enfermedades que sufren y sobre los medicamentos que usan. En el caso que el farmacéutico no se encuentre, el personal técnico o los practicantes (estudiantes de Farmacia) suelen ser quienes dan la información. Estas conductas sugieren que la automedicación es frecuente. Los estudios que se han hecho sobre utilización de medicamentos lo confirman.

Mestanza Malpestina (1991) realizó 720 encuestas en dos farmacias de Lima, 360 en una farmacia ubicada en un área de estrato socioeconómico alto y 360 en otra farmacia ubicada en una zona de bajo estrato socioeconómico, y documentó que la automedicación fue más frecuente entre los estratos socioeconómicos bajos (67% versus 41% en el alto). Los medicamentos más solicitados en la automedicación fueron antimicrobianos (ampicilina, cotrimoxazol), antiinflamatorios, antigripales y vitaminas.

En el estrato bajo hubo mayor automedicación entre los menores de edad, mujeres, analfabetos y clientes con dolencias agudas (infecciosas, parasitarias y dérmicas). En el estrato alto hubo una mayor automedicación entre pacientes geriátricos, pacientes con dolencias subagudas y crónicas (digestivas, neuropsiquiátricas, cardiovasculares y endocrinológicas), y pacientes con escolaridad completa y superior.

En otra encuesta de comunidad realizada en Cusco en 1992 se obtuvieron resultados parecidos, documentándose que el 52% de los encuestados, la última vez que habían consumido medicamentos, se habían automedicado. Hubo mayor automedicación entre los grupos de 11 a 30 años, de estratos socioeconómicos bajos y entre los grupos con nivel educacional más bajo y que no tenían acceso a servicios de salud. Casi la mitad de los que se automedicaron tenían un problema respiratorio (48%) y los medicamentos que más utilizaron fueron analgésicos-antipiréticos-antiinflamatorios (30%) (Centeno Marmanillo, 1993).

Bobadilla Aguilar (1992) realizó una encuesta entre los padres u otros responsables de los pacientes que acudieron al servicio de emergencias pediátricas de dos hospitales de Lima metropolitana. De 187 pacientes, 130 (70%) habían ingerido algún medicamento antes de llegar a la consulta y el 87% lo había hecho por iniciativa propia (automedicación). Los grupos de medicamentos más consumidos fueron los antipiréticos, los antibióticos y los broncodilatadores. El 42% de estos medicamentos eran inadecuados para el problema de salud que presentaban y en la mitad de los casos (49%) se utilizaron dosis inadecuadas.

Las farmacias privadas

Como se ha mencionado, en Perú en el sector privado existen farmacias y boticas, la mayoría de las cuales pertenecen a cadenas. Aproximadamente 10.000 farmacias atienden a la población peruana y más de la mitad están en Lima (Valladares Alcalde, 2005). La ley requiere que durante todo el horario de atención al público que ofrece un establecimiento de farmacia debe estar presente un farmacéutico, pero este requisito no siempre se cumple. Con frecuencia, estudiantes de farmacia o *técnicos* atienden a las personas en las farmacias; estos últimos son empleados que han cursado tres años en un instituto de educación superior y que han adquirido conocimiento sobre medicamentos trabajando en una farmacia (Álvarez-Risco & van Mil, 2007).

Existen varias situaciones que van en contra de lo establecido en el reglamento de establecimientos farmacéuticos. Por ejemplo, en 1997, en el marco de la Ley General de Salud, se establece que el farmacéutico es responsable de la dispensación incluyendo la información sobre el uso, interacciones y reacciones adversas, pero no es común que se ofrezca por iniciativa propia en los establecimientos farmacéuticos información sobre los medicamentos de receta que se venden. En la mayoría de los casos se espera a que el paciente haga las preguntas.

El siguiente ejemplo presenta otro caso de incumplimiento. La Dirección de Salud IV de Lima inspeccionó una muestra de 1.600 farmacias/boticas y encontró que el 50% no contaba con farmacéutico regente. El incumplimiento de la norma acarrea multas que alcanzan tres Unidades Impositivas Tributarias (3.500 soles o US\$ 1.150) (Boletín Fármacos, 2008b). También hay incumplimiento cuando se instalan consultorios médicos dentro de los establecimientos farmacéuticos, lo que sucede con mucha frecuencia durante las conocidas campañas de salud, actividad que provee a las farmacias de médicos para hacer diagnósticos y prescribir muchas veces los productos que el establecimiento está interesado en vender.

Como en el resto del mundo, las cadenas de farmacias/boticas, debido a la compra al por mayor de medicamentos, logran obtener descuentos que las farmacias tradicionales no pueden conseguir. Por ello pueden ofrecer precios más bajos. El resultado ha sido el cierre de las farmacias tradicionales o que queden marginadas. Ante estos hechos algunas farmacias tradicionales se han asociado para hacer compras conjuntas, pero mantienen independencia empresarial.

Las labores del farmacéutico están principalmente dirigidas a actividades administrativas de los establecimientos y muy poco a actividades asistenciales. Por ello el personal técnico realiza el expendio, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica. El resultado es que las boticas y farmacias, así como las cadenas generalmente no ofrecen servicios farmacéuticos porque:

- 1) El farmacéutico invierte un gran porcentaje de su tiempo en actividades administrativas.
- 2) El farmacéutico no está en la farmacia/botica en horarios en los que debiera estar (horario de regencia) y lo reemplazan estudiantes de farmacia o un egresado de posgrado que aún no tiene el título oficial de Farmacéutico.
- 3) El farmacéutico tiene demasiados puntos de venta para supervisar (por ejemplo, seis técnicos de farmacia y un solo farmacéutico en un local).
- 4) El personal técnico ofrece al cliente productos que requieren receta médica.

Los farmacéuticos también pueden participar en las acciones de fármaco-vigilancia, pero en el 2007 la proporción de informes que se reportaron desde la farmacia comunitaria fue inferior al 0,1% del total de reportes. Durante las visitas que realiza la DIGEMID y las Direcciones de Salud, se ha podido constatar que las principales razones del bajo porcentaje de reportes es que, por un lado, los farmacéuticos no están capacitados cabalmente para hacer el reporte y, por otra parte, no existe la motivación para realizarlo ya que muchas veces las autoridades responsables no divulgan los resultados finales y por tanto no sabe si su trabajo ha servido para algo o ha sido una pérdida de tiempo.

El MINSA incentiva el buen funcionamiento de las farmacias a través de supervisiones y premios. Así como en enero de 2006, el MINSA sancionó a 17 farmacias por infringir las normas sanitarias vigentes (El Comercio, 2006), en noviembre 2008, tres farmacias (dos privadas y una pública) recibieron la distinción de “Establecimientos Farmacéuticos con Responsabilidad Social” tras haber sido evaluadas por el propio

Ministerio. Estas instituciones son las que cumplían con las buenas prácticas de almacenamiento, con la permanencia obligatoria de un farmacéutico, brindaban asesoría a los clientes, y no vendían medicamentos sin que el cliente presentase la receta. Además, también se entregaron constancias de buenas prácticas de almacenamiento a catorce farmacias/boticas (Boletín Fármacos, 2008c).

La formación de los farmacéuticos

A nivel nacional, se cuenta con 17 universidades que ofrecen la carrera de Farmacia y Bioquímica (facultades y escuelas), siendo usualmente cinco los años promedio de estudio, seguidos de seis o doce meses de prácticas preprofesionales, dependiendo de lo que cada universidad haya establecido. Los programas de prácticas varían mucho y algunos de ellos son muy débiles, ya que muchos de los alumnos no reciben capacitación formal, organizada y planificada por las universidades o las instituciones hospitalarias (Álvarez-Risco & van Mil, 2007).

Los farmacéuticos reciben capacitación continua por parte del Colegio Químico Farmacéutico del Perú y de otras instituciones como universidades y sociedades científicas; algunas universidades cuentan con programas de posgrado (maestrías y especialidades) en campos relacionados con la atención farmacéutica. Esta oferta múltiple de capacitaciones de larga duración tiene una gran desventaja y es que el contenido de los programas no es uniforme y no se ha evaluado el impacto que tienen en la práctica farmacéutica.

Tampoco hay una normativa que establezca los contenidos mínimos que deben recibir los técnicos en farmacia, se utiliza como referente tres años de estudios en un instituto de educación superior y capacitación en servicio durante su desempeño laboral.

Desarrollo de la farmacia clínica y la atención farmacéutica

Como un resultado del desarrollo internacional y la publicación de estudios en muchos países, desde 1999 se habla de atención farmacéutica en el Perú. En ese año se conformó un equipo de profesores y estudiantes en la Facultad de Farmacia y Bioquímica en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para el desarrollo de diversas actividades dirigidas hacia los pacientes. Al principio las actividades se concentraron alrededor de la farmacia clínica hospitalaria, lo que permitió que los estudiantes de farmacia participasen en las rondas médicas en los hospitales como parte del internado hospitalario que realizan en el último año y muchos incluso escribieron sus tesis de grado alrededor de temas de farmacia clínica hospitalaria (Florez Bravo, 2003; Najjar, 2006).

En el año 2000, los planes de estudio fueron cambiando para incorporar más asignaturas que respalden la actividad profesional clínica; así, se añadieron los cursos de fisiopatología, farmacoterapia y atención farmacéutica; y algunas de las tesis de los estudiantes de Farmacia empiezan a relacionarse con temas de atención farmacéutica en la población ambulatoria (Gamarra, 2002; Tafur, 2002; Quispe-Céspedes, 2003)

Desde 2004, la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de San Marcos ofrece una maestría en Atención Farmacéutica y ya ha graduado a varias docenas de estudiantes. La práctica de la atención farmacéutica ha sido sancionada por la Política Nacional de Medicamentos del año 2004 que regula las actividades del farmacéutico y también en la Ley de Trabajo del Farmacéutico de 2004) (Álvarez-Risco & van Mil, 2007). Se anticipa que en cuanto se redacten las normas y se implementen las políticas que dicta el recién aprobado Manual de Buenas Prácticas de Dispensación (2009), los que dispensan medicamentos, tanto del sector público como en el sector privado, tengan un papel más activo en promover el uso adecuado de medicamentos.

Las cadenas de farmacia, debido al respaldo económico y comercial, están comenzando a implementar algunos servicios farmacéuticos destinados a los pacientes; así, en mayo de 2009 se han inaugurado en las boticas de dos cadenas servicios de consejería farmacéutica y oficina de atención farmacéutica. Se espera que estos nuevos servicios faciliten la participación de los farmacéuticos en actividades orientadas al cuidado del paciente y que las empresas que los promueven mantengan sus niveles de beneficios. Al mismo tiempo, servir a los pacientes permitirá maximizar el trabajo farmacéutico y dar una imagen de responsabilidad social real de las farmacias y boticas.

Conclusión

Desde las primeras iniciativas que se dieron en el Perú en la década de 1960 para promover el acceso y el uso adecuado de medicamentos el avance ha sido variable. Así, en la década de 1980 se mejoró mucho el suministro de medicamentos y su uso racional, mientras que en la década de 1990, como resultado de las políticas neoliberales, se retrocedió por la desregulación tanto de los procesos de obtención de registros sanitarios como de los requisitos para la apertura de establecimientos farmacéuticos y control de los mismos.

Sin embargo, desde 2004 se han dado cambios legislativos positivos. La Política Nacional de Medicamentos y otras leyes y normativas relacionadas han permitido trabajar para lograr regular nuevamente el mercado de medicamentos; pero no se puede negar que hay barreras impuestas tanto por intereses profesionales como por intereses comerciales de las empresas relacionadas con el sector farmacéutico. Al mismo tiempo hay que reconocer que los dos últimos gobiernos se han preocupado en mejorar el acceso a los medicamentos.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Risco, A.; van Mil, J. W. (2007). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Peru. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 2032-2037.
- Amaro, C.; Valladares, G.; Ceron, L. (1993). Evolución del mercado farmacéutico. *Medicamentos y Salud Popular*, 23, 8-26.
- Bobadilla Aguilar, J. J. (1992). *Estudio de consumo de medicamento previo a la consulta en un servicio de emergencia pediátrica* [Tesis]. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia.
- El Comercio (2006). Sancionan a 17 farmacias de Breña por infringir normas sanitarias. 25 de enero. *Boletín Fármacos*, 9, (2). Disponible en: <https://tinyurl.com/2s4ycp6v> (consultado 08/06/2025).
- Boletín Fármacos (2008a). Perú: Quejas porque el Ministerio de Salud aplicará sanciones y multas a los profesionales que no receten por DCI. *Boletín Fármacos*, 11, (2). Disponible en: <https://tinyurl.com/3vsz7pa4> (consultado 08/06/2025).
- Boletín Fármacos (2008b). Perú: Farmacias sin el personal autorizado. *Boletín Fármacos*, 11, (5). Disponible en: <https://tinyurl.com/5erw4bn2> (consultado 08/06/2025).
- Boletín Fármacos (2008c). Perú: Premian establecimientos farmacéuticos con responsabilidad social. *Boletín Fármacos*, 11, (5). Disponible en: <https://tinyurl.com/5erw4bn2> (consultado 08/06/2025).
- Centeno Marmanillo, D. (1993). Automedicación en el distrito de Cusco: estudio del nivel y factores asociados. *Sitúa*, 2, 39-42.
- Florez Bravo, J. (2003) *Implementación de un programa de Atención Farmacéutica al paciente diabético en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. [Tesis para la obtención del título profesional de químico farmacéutico]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Gamarra, H. (2002). *Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la farmacia comunitaria "Ornar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso* [Tesis para la obtención del título profesional de químico farmacéutico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Gereffi, G. (1988). The Pharmaceuticals Market. En: Dieter K. Zschock (comp.) *Health Care in Peru: Resources and Policy*. Boulder (EEUU): Westview Press, pp. 165-196.
- Homedes, N. (1996). *Notas de campo de la visita a los centros de salud en la ciudad de Lima y Piura durante diferentes misiones con el Banco Mundial*. Inédito.
- Mestanza Malaspina, F. M. (1991). *Estudio de consumo de medicamentos y automedicación en dos farmacias de estratos socioeconómicos alto y bajo de Lima* [Tesis]. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia.
- Ministerio de Salud (MINSA) (1996). PACFARMA. *Programa de Administración Compartida de Farmacias*. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- Miranda, J. J. (2005). El mercado de medicamentos en Perú: ¿libre o regulado? *Economía y Sociedad*, 56, 27-33.
- Najar, M. (2006). *Influencia de la atención farmacéutica en el uso de medicamentos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial esencial del Hospital III EsSalud-Iquitos* [Tesis para la obtención del título profesional de químico farmacéutico]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- Phang Romero, C. (1998). *Medicamentos Essenciais no Peru: ¿Programa Social no Estado Liberal?* [Disertación de Maestría]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

- Phang Romero, C. (2002). Reforma del sector salud y política farmacéutica en Perú. *Cadernos Saúde Pública*, 18, 1121-1138. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400016>
- Proyecto 2000-AID (1996). *Evaluación del sistema de abastecimiento de medicamentos esenciales e insu-mos críticos*. Informe Final. Lima: Servicios de Medicinas PROVIDA.
- Quispe-Céspedes, K. (2003). *Implementación de un programa de Atención Farmacéutica para el paciente asmático y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el HNSE EsSalud-Cusco*. [Tesis para la obtención del título profesional de químico farmacéutico]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Tafur, E. (2002). *Desarrollo de protocolos y herramientas para la atención farmacéutica a pacientes VIH positivos*. [Tesis para la obtención del título profesional de Químico Farmacéutico] Lima: Uni-versidad Nacional Mayor de San Marcos.
- UNICEF/Instituto Quánto (1994). *Retrato de la familia peruana. Niveles de vida*. Lima: UNICEF/ Instituto Quánto.
- Valladares Alcalde, G. (coord.) (2005). *Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América*. Lima: Ministerio de Salud, 2005. Disponible en: <https://tinyurl.com/2kf9th7s> (consultado 08/06/2025).

Tercera parte

Una mirada hacia el futuro

Capítulo 10

La atención farmacéutica: un futuro profesional para América Latina

Djenane Ramalho de Oliveira, Manuel Machuca

Introducción

Una reflexión sobre el ejercicio de la atención farmacéutica (AF) es importante en un libro que intenta promover un diálogo sobre la farmacia y las actividades de los farmacéuticos en América Latina. En los últimos veinte años, se ha hablado y discutido sobre la AF en todo el mundo, y la mayor parte de las organizaciones farmacéuticas y facultades de Farmacia han aceptado que la atención farmacéutica representa la misión principal de la farmacia. A pesar de ello, la AF no se ha convertido en una realidad.

Nos gustaría argumentar que una de las razones de esta lentitud en el proceso se debe a que los farmacéuticos no han entendido el grado de transformación que la AF exige de ellos, de sus colectivos, y de las facultades de Farmacia. Por ello, el objetivo de este capítulo es demostrar que la AF es muy diferente de lo que el farmacéutico ha hecho hasta ahora.

La importancia de la atención farmacéutica

Desde la enorme y rápida expansión de la industria farmacéutica, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, es una constante en todo el mundo que los farmacéuticos están a la búsqueda de su identidad profesional.

La industria farmacéutica rompió el monopolio del conocimiento que hasta entonces había sido capitalizado por los farmacéuticos durante siglos. En la era posindustrial, los farmacéuticos perdieron el control sobre la producción, la calidad y la monitorización de los medicamentos, quedando todas esas actividades asumidas por la industria (Barros *et al.*, 2009).

En un escenario así, la farmacia se vio forzada a reconfigurar su rol ante la sociedad, para poder mantener algún estatus dentro de la atención sanitaria.

Sin embargo, en lugar de redefinirse como una profesión con una función sanitaria específica, ha elegido diversos escenarios para realizar diferentes actividades en el hospital, en la industria farmacéutica, en las cadenas de farmacia o en la farmacia comunitaria. En algunos países han llegado también a *especializarse* en análisis clínicos o bromatológicos. Es importante destacar que hay varios países latinoamericanos y en todo el mundo en los que las facultades de Farmacia preparan farmacéuticos para otras funciones aparte de la asistencial, pero en este capítulo nos gustaría enfatizar la formación y actuación del farmacéutico como cuidador directo del paciente y como integrante del equipo de salud. Entendemos que las facultades de Farmacia ofrecen especialidades diferentes a las funciones asistenciales, tales como la investigación y desarrollo de medicamentos en la industria o en el ámbito académico, análisis clínicos y estadísticos de farmacovigilancia, y las funciones gerenciales, pero muchos autores entienden que el cuidado del paciente parece ser la dirección que la profesión desea seguir (Castro & Correr, 2007; Álvarez-Risco & van Mil, 2007; Farris *et al.*, 2005; Pereira *et al.*, 2005; Oliveira *et al.*, 2005).

Es comprensible que los estudiantes de Farmacia pueden escoger entre todas las diferentes áreas de conocimiento o especialidades en las facultades de Farmacia. Sin embargo, si el profesional farmacéutico desea incorporarse a equipos de salud que cuidan directamente pacientes, las facultades de Farmacia deben enseñarle una filosofía de servicio profesional de atención sanitaria al paciente que incluya un proceso específico que le permita aplicar el conocimiento farmacéutico al reto de sus nuevas responsabilidades.

Como consecuencia de las distintas especialidades que existen en la profesión farmacéutica, la sociedad ha percibido actividades farmacéuticas diferentes, dependiendo del lugar de ocupación. La labor del farmacéutico en las farmacias comunitarias o de cadena ha sido entendida, y así se ha podido ver a lo largo de los capítulos que se presentan en este volumen, como una actividad simplemente comercial.

Esta es la realidad de la farmacia actual: a diferencia de otras profesiones de la salud, como la medicina o la odontología, la farmacia carece de un ejercicio profesional entendible, que se acepte, se enseñe y se aplique de una forma estándar por sus miembros. La AF, entendida como la propusieron Hepler y Strand (1990) es una práctica profesional dirigida a reducir la elevada morbilidad asociada al uso de medicamentos. Es una práctica centrada en el paciente en la que el farmacéutico asume, junto a otros profesionales de la salud, la responsabilidad de atender a las necesidades de los pacientes con sus medicamentos, garantizando que alcancen las metas terapéuticas deseadas (Cipolle *et al.*, 2004).

La práctica de la AF le da al farmacéutico que quiere ejercer la función asistencial los elementos necesarios para ofrecer un servicio racional, normalizado y consistente, que pueda impactar de manera positiva sobre la salud de los pacientes e incorporarlo al sistema sanitario como un recurso humano indispensable (Ramalho-de Oliveira, 2003; Isetts *et al.*, 2003; Cipolle *et al.*, 2004; Freitas *et al.*, 2006; Isetts, 2007; Isetts *et al.*, 2008; Machuca, 2008).

En la actualidad, la AF es la única teoría de práctica de la carrera de Farmacia que tiene los mismos componentes que cualquier otro ejercicio profesional sanitario

con responsabilidad directa sobre el paciente, lo que incluye una filosofía de práctica, un proceso de atención al paciente y un sistema para gestionarlo. Y ello mediante una práctica generalista que puede ser ejercida por cualquier farmacéutico sanitario, independientemente del lugar donde trabaje, y con pacientes con cualquier problema de salud, o utilizando cualquier medicación.

Este ejercicio profesional ofrece a las facultades de Farmacia una estructura definida para preparar a los futuros farmacéuticos sanitarios. Lo que no parece tener ningún sentido es que, en muchos países, incluyendo de América Latina, las facultades de Farmacia sigan preparando farmacéuticos que en su mayoría van a ejercer una actividad básicamente comercial. Por otra parte, muchas facultades de Farmacia en la región no tienen programas de enseñanza que puedan preparar a los farmacéuticos para el ejercicio de una profesión de atención al paciente. Si el farmacéutico prefiere seguir ejerciendo su actividad comercial de venta de medicamentos no puede pensar que está ejerciendo una profesión, aunque ostente un título universitario.

Para ser miembro de un colectivo sanitario hay que aceptar las responsabilidades definidas en la práctica, y aplicar su conocimiento de una forma consistente para así poder resolver problemas específicos. Cuando todos los que ejercen una profesión ofrezcan un nivel similar de atención a cada paciente una y otra vez, la sociedad será capaz de reconocerlos como profesionales que trabajan para resolver problemas definidos de salud.

Por lo tanto, el ejercicio profesional de la AF representa la respuesta apropiada para la búsqueda de una identidad profesional para los farmacéuticos que deciden seguir una profesión sanitaria. Asimismo, es una opción para esta profesión resolver los problemas de los que ningún otro profesional se ha responsabilizado hasta ahora.

La atención farmacéutica como profesión

Conforme se ha producido el enorme desarrollo de la industria farmacéutica, los medicamentos se han convertido en una herramienta terapéutica importante para prevenir, curar o controlar un gran número de enfermedades. No son pocos los autores que estiman que nos encontramos ante una sociedad *medicalizada*, que cree que existe un medicamento para cada uno de nuestros problemas y, además, que todos nuestros problemas pueden resolverse con medicamentos (Conrad, 2007).

Con el envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de enfermedades crónicas, es importante controlarlas y así prevenir complicaciones futuras. La necesidad de la AF también tiene su origen en el hecho de que diversos profesionales prescriben diferentes medicamentos para un mismo paciente, a veces sin una coordinación ni comunicación adecuada entre ellos. No existe ningún profesional que se responsabilice de evaluar todos los tratamientos terapéuticos (medicamentos de prescripción, sin receta, de venta libre, suplementos dietéticos, etc.) que el paciente toma en un momento dado. Debemos tener en cuenta además que cada

vez aumenta más el autocuidado por parte del paciente, y que éste toma decisiones importantes sobre su salud, sin el asesoramiento ni la ayuda de un profesional.

Por todo ello, hay una creciente prevalencia de la morbilidad asociada a los medicamentos (Johnson & Bootman, 1995; Ernst & Grizzle, 2001). Muchos estudios manifiestan que la sociedad sufre un alto coste por ello, no solo económicamente sino en términos humanos. Además de enfrentarse a los conocidos problemas que producen los medicamentos, tales como las reacciones adversas, los derivados de las interacciones, la duplicidad terapéutica o el incumplimiento, la AF también señala problemas de falta de efectividad de los mismos, que igualmente constituye un problema grave. Muchos tratamientos farmacológicos instaurados para pacientes que los necesitan, no consiguen alcanzar el efecto deseado con más frecuencia de lo que se piensa, y eso puede suceder aun cuando los medicamentos prescritos sean seguros y eficaces.

Los farmacéuticos no reconocen de forma habitual como un problema importante la infrautilización de los medicamentos porque suelen enfatizar más en los problemas de reacciones adversas. Y eso es por una razón clara: no están orientados al cuidado de los pacientes. Por ejemplo, varios estudios que se enfocan sobre resultados clínicos de los servicios de AF, muestran que cuando los farmacéuticos trabajan junto a los pacientes, para asegurar que estos alcancen las metas terapéuticas, los problemas relacionados con medicamentos más comúnmente detectados están relacionados con la falta de efectividad del tratamiento, lo que puede requerir añadir otros medicamentos a la farmacoterapia o incrementar la dosificación de uno ya existente (Strand *et al.*, 2004; Rao *et al.*, 2007; Ramalho de Oliveira *et al.*, 2010).

Existe también la percepción de que la falta de efectividad de la farmacoterapia está relacionada a efectos adversos o al incumplimiento de la terapia por parte del paciente. El paciente, por decisión propia, para reducir los efectos adversos indeseados de los medicamentos o por otra causa, toma una dosis más baja que la prescrita, extiende los intervalos o discontinúa el tratamiento. También sucede con frecuencia en América Latina que el paciente no cumple el tratamiento completo simplemente porque no tiene dinero para pagarlo. Debemos destacar que esta es la realidad que se presenta en la práctica clínica diaria, que es muy diferente a la de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Además de la infrautilización, hay muchos otros factores que pueden llevar a que la farmacoterapia no produzca los resultados esperados. Por ejemplo: un diagnóstico equivocado, una prescripción o dispensación inadecuada/equivocada o un fallo del paciente, que por equivocación, por haber malentendido las instrucciones del médico y/o del farmacéutico o dispensador, toma una dosis diferente de la recomendada.

Asimismo, otros trabajos señalan que algunos profesionales de la salud suelen ser conservadores cuando se trata de prescribir medicamentos y prefieren utilizar intervenciones no farmacológicas cuando la medicación es el tratamiento necesario, o que prescriben una dosis más baja de la recomendada (Strand *et al.*, 2004; Rao *et al.*, 2007; Ramalho de Oliveira *et al.*, 2010). Algunos autores denominan “inercia clínica” cuando la enfermedad no fue diagnosticada en su momento por ser asintomática, y

por lo tanto no se empezó un tratamiento terapéutico cuando hubiera sido necesario (Phillips *et al.*, 2001; O'Connor *et al.*, 2005).

Por lo tanto, cuando los farmacéuticos optan por asistir a pacientes, utilizando un proceso lógico, sistemático y detallado para evaluar su farmacoterapia, pueden aprender con ellos cuáles son sus necesidades específicas, y con otros profesionales de la salud, en especial del médico que es quien está legalmente capacitado para realizar modificaciones en la farmacoterapia, encontrar la mejor solución farmacoterapéutica para tratar de forma efectiva su condición.

Existe al mismo tiempo una literatura muy extensa que indica que hay también un problema serio de prescripción innecesaria de medicamentos para enfermedades que no requieren farmacoterapia o que pueden tratarse con cambios conductuales. El uso innecesario de medicamentos tiene múltiples causas. Se ha documentado la tendencia del médico a prescribir ya sea por la insistencia del paciente a salir de la consulta con una prescripción, por el marketing agresivo de la industria farmacéutica (Ugalde & Homedes, 2006), por la creación de enfermedades (*disease mongering*) para las cuales la industria ha *descubierto* medicamentos (Moynihan *et al.*, 2002; Angell, 2004) o la demanda por parte de los pacientes de medicamentos para *mejorar* el estilo de vida (Lexchin, 2001). Es bien conocida la prescripción innecesaria de antibióticos (Rutschmann & Domino, 2004), de ansiolíticos (Trethowan, 1975; McCabe, 2005), de estatinas (Moynihan & Cassels, 2005) y de muchos otros medicamentos.

En definitiva, el uso de medicamentos es bastante complejo, y desde la óptica de la AF el papel del farmacéutico es satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas que tiene el paciente, es decir, que todos aquellos problemas de salud para los que la mejor opción sea tratarlos con medicamentos se traten, que estos alcancen las metas terapéuticas posibles, y que no sean causantes de la aparición o agravamiento de otros problemas. Una función igualmente importante —dado el abuso que hay de medicamentos— es evitar el uso innecesario de los mismos.

Existen múltiples factores que pueden afectar la efectividad y la seguridad de los medicamentos. Para entenderlos e identificarlos es necesario hacer el seguimiento de los pacientes y aprender de ellos sobre cómo toman decisiones sobre su salud y sus tratamientos (Ramalho de Oliveira, 2003; Ramalho de Oliveira & Shoemaker, 2006). Ni la prescripción correctamente hecha, ni la dispensación adecuadamente realizada garantizan por sí mismas que los resultados terapéuticos se alcancen. La ausencia de un profesional que se implique en entender el comportamiento seguirá siendo un lastre. Además del farmacéutico, otros profesionales y personal auxiliar pueden averiguar las razones por la que los pacientes siguen o no siguen el tratamiento. El proceso de toma de decisiones de los pacientes sobre su salud y tratamientos es un problema complejo que exige la colaboración de varios profesionales, y la AF, como ejercicio profesional asistencial, representa una oportunidad para que los farmacéuticos contribuyan de forma más significativa para el uso adecuado de los medicamentos.

Lo que no es atención farmacéutica

Una vez definida la atención farmacéutica es importante tener en cuenta aquellos problemas a los que no intenta dar respuesta. AF y farmacia comunitaria no son incompatibles, pero tampoco es una práctica exclusiva de la farmacia entendida como establecimiento.

Si la labor del farmacéutico en las farmacias ha visto decaer su prestigio profesional es porque, como se ha dicho, prima su trabajo comercial de venta de medicamentos. Este es un problema que deben resolver los farmacéuticos y decidir qué tipo de actividad quieren realizar.

Diferencias entre atención farmacéutica y dispensación

En una farmacia comunitaria hay muchas cosas por mejorar. La dispensación de medicamentos puede ser más profesional, el farmacéutico puede actuar como educador de la salud, e incluso podría recibir la autorización oficial para prescribir algunos medicamentos. Eso puede mejorar la calidad asistencial de un determinado establecimiento sanitario, pero no es atención farmacéutica y no resuelve los problemas terapéuticos que se han mencionado, relacionados con el uso inadecuado del medicamento. La prevalencia elevada de problemas farmacoterapéuticos en países con dispensación e información sanitaria más rigurosa confirma la afirmación.

La dispensación de medicamentos es una actividad importante, reclamada por el farmacéutico en muchos países para informar al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos. Un paciente bien informado tiene más posibilidades de usar adecuadamente el medicamento que uno que no lo está. Sin embargo, el objetivo de una buena dispensación no es evaluar la farmacoterapia para alcanzar metas terapéuticas concretas.

Existen muchas voces que reclaman que, ante la dificultad de poder ejercer de forma sistemática una evaluación de la farmacoterapia tal y como se propone desde la AF, en América Latina el farmacéutico debería proveer al menos la dispensación informada de medicamentos. Se puede sugerir que la utilización del farmacéutico para mejorar la dispensación no es hacer una mala utilización de un recurso humano tan escaso. En la región hay una carestía enorme de farmacéuticos, lo cual impediría implementar un programa de dispensación informada.

Por otra parte, la información estandarizada la podrían hacer técnicos de menor cualificación. Programas de formación de técnicos existen o se están desarrollando en algunos países, como Cuba, México, Colombia y Brasil, aunque en estos tres últimos países aún son una figura controvertida. Hasta que estos técnicos se formen habrá que preguntarse si los farmacéuticos deberían ocupar esos puestos de menor responsabilidad o asumir los que corresponde a una formación universitaria. En nuestra opinión el farmacéutico, que es un profesional altamente calificado, podría, con una revisión adecuada de su currículum, asumir el reto de la AF

y reducir significativamente la morbilidad asociada a los medicamentos, así como desmedicalizar las terapias cuando existan otras alternativas para los problemas de salud.

Lo que sí debe quedar claro es que AF y dispensación son dos actividades muy distintas: la dispensación está relacionada con el acto de entregar y dar información sobre la forma adecuada de utilizar el medicamento, mientras que la AF es un servicio asistencial a pacientes con el objetivo de alcanzar resultados terapéuticos definidos.

El proceso asistencial y la filosofía profesional en la atención farmacéutica

Mediante la atención farmacéutica se produce un encuentro entre un farmacéutico y un paciente con el propósito de alcanzar las metas farmacoterapéuticas del paciente. Durante la consulta el farmacéutico trata de identificar, prevenir y resolver los posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Las consultas de AF se ofrecen en un espacio privado, habitualmente en un consultorio de una clínica, una farmacia o un hospital. El entorno debe ser agradable, para favorecer la relación con el paciente. Si la consulta se da en la farmacia, el espacio no debe usarse como almacén de mercancía, lo ideal es que para llegar al espacio habilitado el paciente no atraviese zonas de dispensación, y debe ser suficientemente privado para evitar que la conversación se escuche desde otras áreas de la farmacia.

Debemos admitir que existe un conflicto de interés cuando una consulta de AF se ofrece en una farmacia en la que se genera un beneficio por ventas. El problema ético potencial es importantísimo y deberá ser examinado por eticistas, pero no es objeto de este capítulo discutir el aspecto ético de ofrecer AF en una farmacia que se puede beneficiar con las ventas de medicamentos.

La Figura 10.1 muestra el proceso de cuidado del paciente en la atención farmacéutica, que consta de tres fases diferenciadas, según Cipolle *et al.* (1998, 2004).

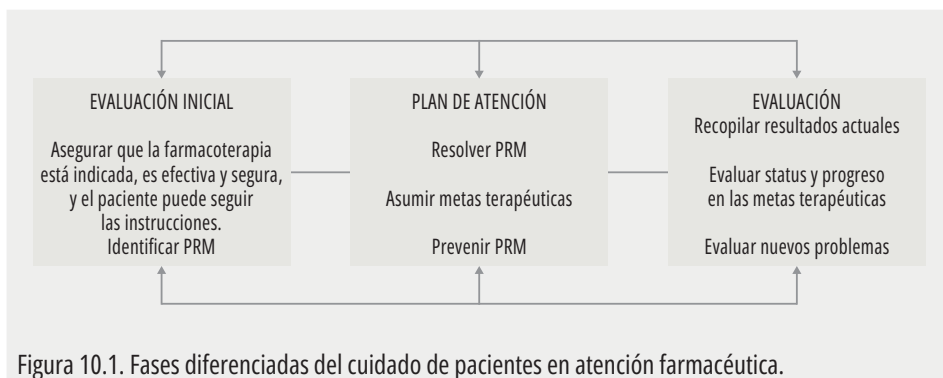


Figura 10.1. Fases diferenciadas del cuidado de pacientes en atención farmacéutica.

En la consulta inicial de la atención farmacéutica el farmacéutico asegura que la farmacoterapia es la indicada, es efectiva y segura para las condiciones del paciente y que el paciente ha entendido las recomendaciones farmacoterapéuticas que ha recibido en la consulta médica. Como miembro de un equipo de salud, el farmacéutico debe obtener la información sobre la condición clínica del mismo paciente y de la historia clínica que el centro o el consultorio debe remitirle. En los casos en los que no se disponga o reciba la historia clínica, el paciente aporta sus datos y documentos, ya que la historia clínica es propiedad del paciente. En caso de que surgiera alguna duda, el farmacéutico necesita consultar con el médico, quien deberá aclararla.

Durante la consulta farmacéutica, el farmacéutico debe constatar que el paciente quiere y puede utilizar dicha medicación como se recomienda. La información y la percepción del paciente sobre sus problemas de salud y experiencia con el uso de medicamentos son importantes y necesarias.

En el encuentro entre el farmacéutico y paciente se establece una relación que debe basarse en la confianza. La AF es una práctica holística, porque quien la ejerce considera al paciente como un todo; además de sus condiciones clínicas y experiencias farmacoterapéuticas, el farmacéutico debe conocer y entender el entorno familiar del paciente, su contexto social y cultural, su sistema de creencias; es decir, su biografía única (Ramalho de Oliveira 2003; Ramalho de Oliveira & Shoemaker 2006; Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2008).

A partir de este encuentro, entre el profesional y el paciente se deberá acordar un plan de atención, que incluirá metas terapéuticas concretas en plazos para prevenir y resolver PRM, y asegurar el cumplimiento de las recomendaciones sobre el uso del medicamento. El farmacéutico comunica el plan al médico y así asegura que la atención farmacéutica se realiza en colaboración con los otros miembros de la atención sanitaria que recibe el paciente.

A todo plan de atención debe seguir una evaluación de seguimiento, porque en palabras de Cipolle *et al.* (1998), cuando un paciente usa un medicamento se produce una interacción entre una sustancia química o biológica, el medicamento, con una entidad fisiológicamente compleja como es un ser humano, de ahí que el resultado de dicha interacción no sea siempre predecible y por ello es inexcusable la comprobación de si se han podido alcanzar o no las metas terapéuticas previstas. En caso de que no se alcancen será necesario un nuevo plan de atención.

Es importante realizar la documentación sobre el plan desarrollado, los problemas identificados y el resultado de su seguimiento. Dicha documentación es el principal recurso del profesional para evaluar la calidad del servicio que ofrece y dar continuidad a dicha asistencia. La documentación puede adjuntarse a la historia clínica para que los otros profesionales sanitarios que atienden al paciente la conozcan y la tengan en cuenta en el futuro y se fomente así el trabajo en equipo.

Aunque como se verá más adelante en el ámbito latinoamericano y español se ha venido a llamar AF a diversas actividades asistenciales llevadas a cabo por un farmacéutico o demandadas por este profesional, no existe otra profesión que lleve a cabo las actividades descritas. No se trata por lo tanto de hacer el seguimiento de alguna medicación determinada para alguna condición específica, como puede ser la

hipertensión o la diabetes. En la atención farmacéutica el profesional hace el seguimiento de todos los medicamentos y de todos los problemas de salud del paciente.

La farmacia y la atención farmacéutica: similitudes y diferencias

Con frecuencia la farmacia y la AF se han mezclado de formas muchas veces no bien intencionadas. La farmacia, como espacio físico, es o debe ser un establecimiento sanitario. Su misión es dispensar los medicamentos en las condiciones que establece la legislación.

Ante la creciente comercialización de la farmacia como establecimiento, con la consiguiente y progresiva entrada en el mundo de los productos de consumo y del libre mercado, muchos farmacéuticos vieron en la AF, como se ha definido, la salvación de la profesión, pero quizá no entendieron que no es la salvación de un establecimiento, que hasta la fecha recibe sus honorarios gracias a las transacciones comerciales que allí se ejercen, en lugar de recibirlos por los servicios asistenciales que prestan. Y ello tanto en farmacias independientes como en cadenas, si bien estas acrecientan aún más el sentido estrictamente comercial de su actividad profesional.

Como se ha indicado, la atención farmacéutica y la dispensación de medicamentos son actividades diferentes y no pueden mezclarse. Si ambas actividades se dan en un mismo recinto asistencial, deben ser ejercidas en espacios diferentes y por diferentes personas. Como ya se ha indicado, la práctica de la AF es muy diferente que dispensar y aún más diferente que vender medicamentos, y por eso no existen muchas experiencias exitosas en las que se hayan mezclado ambas actividades. Además, como también se ha mencionado antes, pueden surgir conflictos de interés en este espacio profesional, principalmente porque en varios países el farmacéutico puede recomendar medicamentos de venta libre o un medicamento genérico en lugar de otro prescrito por el médico. Debe quedar claro que la AF no incluye la prescripción de medicamentos u otras decisiones que corresponden al médico.

Cuando existen dificultades para conjugar ambas actividades, existe la tentación de modificar una para adaptarla a las necesidades de la otra. La experiencia sugiere que la que se modifica es la AF, porque es la práctica nueva y no hay muchas referencias sobre cuál es el *patrón de oro* con el cual compararse, y es la que de momento no da dinero, porque es la que todavía los sistemas de salud no reconocen como una actividad diferente a la tradicional de la farmacia.

Por eso, sobre todo en Europa, hay muchos estudios y esfuerzos para mejorar la prescripción o para implementar actividades adaptadas a las necesidades de las farmacias, en vez de a las de los pacientes. Parecen olvidarse que todas esas actividades por sí solas no consiguen el objetivo principal que es que el tratamiento terapéutico beneficie al paciente. Ejemplos de estudios que no ponen al paciente en primer plano incluyen, por ejemplo, la dispensación activa (Morken *et al.*, 2008), la revisión

de la medicación en los países anglosajones, la detección de errores de medicación (Hicks *et al.*, 2008; Cousins & Heath, 2008), o la obsesión por la vigilancia del uso de medicamentos de alto valor terapéutico como un fin en sí mismo, o la utilización de guías médicas por parte de los médicos (Francke *et al.*, 2008; Krane *et al.*, 2009). Otros concentran sus esfuerzos en conseguir que por motivos claramente gremialistas se permita al farmacéutico prescribir (Jones *et al.*, 2005) sin tener en cuenta que ninguna prescripción, venga de donde venga, garantiza el resultado adecuado.

Mientras los farmacéuticos se entretienen en estrategias como estas, con mucha frecuencia no se consiguen los resultados esperados de los medicamentos, bien sea por las elevadas tasas de incumplimiento terapéutico, la alta incidencia de efectos adversos o la falta de efectividad de muchos tratamientos.

Dificultades para asumir el reto

La atención farmacéutica es una innovación que surgió como respuesta a la necesidad social de disminuir la morbimortalidad asociada a medicamentos, problema que se ha convertido en un problema de salud pública. El principal desafío para la farmacia a la hora de adoptar la AF como actividad asistencial propia es el desconocimiento de lo que significa una práctica asistencial.

Quienes afirman que han hecho atención farmacéutica probablemente considerarán siempre que esta es algo diferente a como se la ha definido en el presente capítulo. No es este el espacio para identificar todas las definiciones que se han dado de AF y que con frecuencia han respondido al interés de muchos farmacéuticos. Hay quienes usan términos renovados, pero que siguen haciendo las mismas actividades de siempre para las que ya no se necesita un profesional universitario.

No obstante, con el objetivo de garantizar que la AF se acepte como algo natural e inherente a la profesión, debería comenzarse por adaptar la formación del farmacéutico a las necesidades de esta práctica profesional, al mismo tiempo que se garantiza que una vez formado el *nuevo* farmacéutico encuentre un lugar en el que pueda ejercer su actividad profesional y ser recompensado por ello.

Las facultades de Farmacia a menudo toman decisiones sobre sus contenidos y sobre lo que van a enseñar, en función de la experiencia y el interés de sus docentes. Se puede sugerir que, para formar el profesional competente en la farmacia asistencial, las facultades de farmacia deberían enfocar su enseñanza hacia una práctica específica. Para preparar al farmacéutico para la AF, las facultades de Farmacia deben priorizar la experiencia clínica en la formación, para que los farmacéuticos puedan aplicar su conocimiento al cuidado de pacientes. Este es uno de los mayores retos a los que se enfrentan las facultades de farmacia en el camino de formar profesionales para ejercer la AF. El profesorado debe también reflejar la nueva orientación. En lugar de tener una mayoría de investigadores básicos, tendrán que incorporar clínicos en esta especialidad, de esta forma los estudiantes tendrán referentes en la asistencia a pacientes.

Y más allá de esto, el currículo necesario para formar profesionales de la salud debe ahormar diferentes tipos de conocimiento y enseñar a trabajar en equipo. Además, un acercamiento holístico requiere formación en ciencias humanas y sociales.

Conclusiones

En América Latina existe una carencia importante de farmacéuticos. Por ejemplo, Costa Rica tiene aproximadamente un farmacéutico por cada 1.700 habitantes, Perú uno cada 2.330, y Guatemala en 2009 uno por 11.200. El contraste con países de mayores ingresos es marcado; por ejemplo, en España hay un farmacéutico por cada 700 habitantes. Esto explica que en América Latina en muchas farmacias no hay farmacéuticos o que incluso un mismo farmacéutico deba ser responsable técnico en muchas farmacias.

Quizás lo peor de todo sea que en aquellos lugares en los que existe farmacéutico, sus labores sean esencialmente administrativas y tengan como objetivo, aparte de las actividades administrativas, cubrir un requisito legal más que realizar alguna actividad asistencial. Llenar de farmacéuticos las farmacias de América Latina sería una tarea ardua, pero aún más difícil sería dotarle de un contenido asistencial a su labor, por la ausencia de precedentes.

De acuerdo al número de farmacéuticos existentes en la actualidad, se puede sugerir que en América Latina habría dos posibles alternativas:

- a) Con los farmacéuticos que hay insertados en las farmacias, mejorar la labor dispensarial, intentando evitar que el medicamento sea un producto más de consumo. Esta opción, por una parte, une el futuro de los farmacéuticos a la farmacia como espacio, y por otra relega su papel al de mero técnico, informador e instructor sobre sus medicamentos. Esta tarea es importante, pero probablemente no es la que debe realizar un profesional egresado de una facultad de Farmacia con al menos cinco años de estudios.
- b) Formar técnicos intermedios para la labor a realizar en las farmacias y reorientar al farmacéutico a las necesidades de la sociedad actual de detectar, prevenir y resolver problemas farmacoterapéuticos.

La primera opción significaría que el farmacéutico optaría por realizar una actividad técnica más que profesional y dejaría a otra profesión la responsabilidad de resolver problemas farmacoterapéuticos. Esta profesión podría ser una ya instaurada, como la medicina o la enfermería, o una de nueva creación, con el perfil y el enfoque filosófico de la AF.

En cambio, la segunda opción, obligaría a realizar profundos y drásticos cambios dentro de la profesión farmacéutica, desde la enseñanza a la práctica, porque cambiaría muy profundamente las estructuras actuales. Decidir entre ambas opciones

es un reto inaplazable. En las Américas se vienen intentando estos cambios en los últimos años, con un resultado muy desigual y poco uniforme.

Existen experiencias valientes de cambios curriculares en Brasil, Chile, Colombia, Perú y otros países. Sin ánimo de ser exhaustivos, pueden destacarse, como se ha indicado en el Capítulo 9 de este volumen, el programa de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), los de las facultades de Farmacia de la Universidad Andrés Bello (Chile) y las de las otras universidades chilenas que están modificando su currículum, la Universidad Federal de Minas Gerais o la de Sergipe (Brasil), la de Rosario (Argentina), Antioquia (Colombia), la Nacional de Costa Rica, y la de Santiago de Cuba. Merece la pena destacar la Universidad de Puerto Rico y el éxito en su modificación curricular. Pero no se han dado aún los pasos definitivos ni se ha creado el espacio profesional que garantice que un profesional con formación en atención farmacéutica pueda ejercer su especialidad recibiendo una compensación económica adecuada. Sería una pérdida de los ya escasos recursos que existen en muchos países hacer modificaciones curriculares y que los egresados no encuentren puestos de trabajo.

Por todo esto, se necesitan pruebas piloto en los servicios asistenciales, que creen unidades asistenciales y de formación, que investiguen los beneficios clínicos y económicos de esta nueva actividad asistencial, que diseñe el modelo ideal de inserción de este profesional junto al resto de los profesionales de la salud, y que pueda extrapolarse como modelo, independientemente de las características de los sistemas sanitarios. En aquellos países en los que el Estado es el garante de la atención sanitaria, corresponderá a este la responsabilidad de hacerlo realidad, mientras que en aquellos en los que el mercado es el responsable, habrá que convencer a las aseguradoras u otros proveedores de servicios de salud de los beneficios que una actuación de estas puede tener sobre su cuenta de resultados. La AF no modifica el sistema sanitario de los países, sino que debe insertarse dentro de los que existen. América Latina necesita cerrar el círculo de los pasos que se han iniciado, y garantizar a quienes han optado por asumir el reto de la AF, que puedan ejercerla.

Si los colectivos de farmacéuticos, ya sean grandes como es el caso de los europeos y estadounidenses o más pequeños como puede ser el caso en América Latina, se sienten incapaces como colectivo de asumir el reto de la AF, los farmacéuticos individualmente deberán elegir entre apostar por el cambio y practicarla, u optar por seguir haciendo lo mismo y asumir las consecuencias que se deriven de ello. Es decir, los farmacéuticos deben decidir si quieren ser técnicos que realizan procesos mecánicos o de escaso compromiso con los resultados de la farmacoterapia, como la mera información sobre la medicación a tomar o, por el contrario, convertirse en profesionales que toman decisiones y asumen la responsabilidad de que los pacientes se benefician de los mejores resultados posibles de la farmacoterapia.

Referencias bibliográficas

Álvarez-Risco, A; Foppe van Mil, J. W. (2007). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Peru. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 2032- 2037.

- Angell, M. (2004). *The Truth About the Drug Companies. How They Deceive us and What to do About It*. New York: Random House.
- Barros, C. L. G.; Ramalho de Oliveira, D.; Carvalho, W. S. (2009). Ensaio sobre a Farmácia contemporânea: percursos de uma quasi-profissão em busca de nova identidade.
- Castro, M. S.; Correr, C. J. (2007). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Brazil. *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 1486-1493. doi: <https://doi.org/10.1345/aph.1k080>
- Cipolle, R. J.; Strand, L. M.; Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Cipolle, R. J.; Strand, L. M.; Morley, P. C. (2004). *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*. 2da edición. New York: McGraw-Hill.
- Conrad, P (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Cousins, D. D.; Heath, W. M. (2008). The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: Promoting Patient Safety and Quality Through Innovation and Leadership. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34, 700-702. doi: [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34091-4](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34091-4)
- Ernst, F. R.; Grizzle, A. G. (2001). Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *Journal of the American Pharmacist Association*, 41, 192-199. doi: [https://doi.org/10.1016/s1086-5802\(16\)31229-3](https://doi.org/10.1016/s1086-5802(16)31229-3)
- Farris, K. B.; Fernandez-Llimos, E; Benrimoj, S. I. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research around the World. *Annals of Pharmacotherapy*, 39, 1539-1541. doi: <https://doi.org/10.1345/aph.1g545>
- Francke, A. L.; Smit, M. C.; de Veer, A. J.; Mistiaen, P. (2008). Factors Influencing the Implementation of Clinical Guidelines for Health Care Professionals: a Systematic Meta-Review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
- Freitas, E. L.; Ramalho-de Oliveira, D.; Perini, E. (2006). Atenção farmacêutica-teoria e prática: um dialogo possível? *Acta Farmacêutica Bonaerense*, 25, 447-453.
- Hepler, C. D.; Strand, L. M. (1990). Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533-543.
- Hicks, R. W.; Heath, W. M.; Sikirica, V.; Nelson, W.; Schein, J. R. (2008). Medication Errors Involving Patient Controlled Analgesia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65, 429-440. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp070194>
- Isetts, B. J. (2007). *Evaluating Effectiveness of the Minnesota Medication Therapy Management Care Program: Final Report*. Minneapolis: University of Minnesota, College of Pharmacy. Disponible en: <https://www.leg.mn.gov/docs/2008/mandated/080113.pdf> (consultado 08/06/2025).
- Isetts, B. J.; Brown, L. M.; Schondelmeyer, S. W.; Lenarz, L. A. (2003). Quality Assessment of a Collaborative Approach for Decreasing Drug-Related Morbidity and Achieving Therapeutic Goals. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1813-1820. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.163.15.1813>
- Isetts, B. J.; Schondelmeyer, S. W.; Artz, M. B.; Lenarz, L. A.; Heaton, A. H.; Wadd, W. B.; Brown, L. M.; Cipolle, R. J. (2008). Clinical and Economic Outcomes of Medication Therapy Management Services: The Minnesota Experience. *Journal of the American Pharmacists Association*, 48, 203-211. doi: <https://doi.org/10.1331/japha.2008.07108>
- Johnson, J. A.; Bootman, J. L. (1995). Drug-Related Morbidity and Mortality: a Cost-of-Illness Model. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1949-1956.

- Jones, M.; Miller, D.; Lucas, B.; Bennett, J.; Gray, R. (2005). Extended Prescribing by UK Nurses and Pharmacists. *British Medical Journal*, 331, 1337-1338.
- Krane, N. K.; Anderson, D.; Lazarus, C. J.; Termini, M.; Bowdish, B.; Chauvin, S.; Fonseca, V. (2009). Physician Practice Behavior and Practice Guidelines: Using Unannounced Standardized Patients to Gather Data. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 53-56.
- Lexchin, J. (2001). Life Style Drugs: Issues for Debate. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1449-1451.
- Machuca, M. (2008). Un decálogo para hacer realidad la AF. *Farmacia Sudamericana*, 15, 18-21.
- McCabe, S. E. (2005). Correlates of Nonmedical Use of Prescription Benzodiazepine Anxiolytics: Results from a National Survey of U.S. College Students. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 53-62.
- Morken, T.; Fossum, S.; Horn, A. M.; Granas, A. G. (2008). Self-efficacy in Counselling in Norwegian Chain Pharmacies: a Cross-Sectional Study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 4, 375-383.
- Moynihan, R.; Cassels, A. (2005). *Selling Sickness. How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning Us All into Patients*. New York: Allen & Unwin.
- Moynihan, R.; Heath, L.; Henry, D. (2002). Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-891. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- O'Connor, P. J.; Sperl-Hillen, J. A. M.; Johnson, P. E.; Rush, W. A.; Biltz, G. (2005). Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. *Advances in Patient Safety*, 2, 293-308.
- Oliveira, A. B.; Oyakawa, C. N.; Miguel, M. D.; Zanin, S. M. W.; Montrucchio, D. P. (2005). Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciencias Farmacêuticas*, 41, 409-413.
- Pereira, M. L.; Ramalho-de Oliveira, D.; Costa, J. M.; Santana Junior, W. B.; Rocha, T. M.; Mendonça, S. A. M. (2005). *Atenção Farmacêutica - implantando passo-a-passo*. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia da, UFMG.
- Phillips, L. S.; Branch, W. T.; Cook, C. B.; Doyle, J. P.; El-Kebbi, I. M.; Gallina, D. L.; Miller, C. D.; Ziemer, D. C.; Barnes, C. S. (2001). Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine*, 135, 825-834.
- Ramalho-de Oliveira, D. (2003). *Pharmaceutical care Uncovered: an Ethnographic Study of Pharmaceutical Care Practice*. [PhD thesis]. Minneapolis: University of Minnesota.
- Ramalho-de Oliveira, D.; Shoemaker, S. J. (2006). Achieving Patient Centeredness in Pharmacy Practice: Openness and the Pharmacist's Natural Attitude. *Journal of the American Pharmacists Association*, 46, 56-66.
- Ramalho-de Oliveira, D.; Brummel, A.; Miller, D. (2010). Medication Therapy Management: 10 Years of Experience, Data and Results. *Journal of Managed Care Pharmacy* 16 (3), 185-195. doi: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2010.16.3.185>
- Rao, D.; Gilbert, A.; Strand, L. M.; Cipolle, R. J. (2007). Drug Therapy Problems Found in Ambulatory Patient Populations in Minnesota and South Australia. *Pharmacy World and Science*, 29, 647-654. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9123-1>
- Rutschmann, O. T.; Domino, M. E. (2004). Antibiotics for Upper Respiratory Tract Infections in Ambulatory Practice in the United States, 1997-1999: Does Physician Specialty Matter? *Journal of the American Board of Family Medicine*, 17, 196-200
- Shoemaker, S. J.; Ramalho-de Oliveira, D. (2008). Understanding the Meaning of Medications for Patients: The Medication Experience. *Pharmacy World and Science*, 30, 86-91. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9148-5>

- Strand, L. M.; Cipolle, R. J.; Morley, P. C.; Frakes, M. J. (2004). The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-Five Years of Experience. *Current Pharmaceutical Design*, 10, 3987-4001. doi: <https://doi.org/10.2174/1381612043382576>
- Threthowan, W. H. (1975). Pills for Personal Problems. *British Medical Journal*, 3, 749-751. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5986.749>
- Ugalde, A.; Homedes, N. (2006). From Scientists to Merchants: The Transformation of the Pharmaceutical Industry and its Impact on Health. *Societies without Borders*, 1, 21-40.

Los autores

Aldo Alvarez Risco. Químico farmacéutico graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Máster en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (España). Es docente del posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y coordinador de la Red Sudamericana de Atención Farmacéutica (www.redsaf.org). Miembro del Equipo de Atención Farmacéutica de DIGEMID del Ministerio de Salud de Perú.

María Antonieta Arbesú Michelena. Graduada en Ciencias Farmacéuticas en el Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL) de la Universidad de La Habana, ciudad en donde radica ejerciendo funciones de dirección a lo largo de todos los niveles de atención del Sistema de Salud de Cuba. máster en Ciencias, especialidad Farmacia Clínica. Actualmente se desempeña como docente del Servicio Farmacéutico y como farmacoepidemióloga y presidenta del Comité Farmacoterapéutico del Instituto de Oncología.

Pedro D. Armando. Bioquímico. Licenciado en Química Farmacéutica en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC, Argentina). Realizó el Máster Universitario en Atención Farmacéutica y, posteriormente, el Doctorado en Farmacia, ambos en la Universidad de Granada (España). Es profesor asistente en el Departamento de Farmacología de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNC. Trabaja en una farmacia comunitaria. Ha publicado numerosos trabajos científicos en revistas con referato relacionadas al ejercicio profesional del farmacéutico y al concepto de atención farmacéutica.

Kitty K. Corbett. PhD, MPH. Antropóloga médica y profesora de la Facultad de Ciencias de Salud de la Simon Fraser University (Canadá). Ha dirigido investigaciones sobre el uso de antibióticos, el control y la prevención del tabaquismo, la prevención del VIH/sida y el mercadeo social. Con una beca Fulbright-COMEXUS en 2006 comenzó su colaboración con colegas del Instituto Nacional de Salud Pública de México en investigaciones sobre el consumo de antibióticos en farmacias privadas.

Francisco Debesa García. Graduado en Ciencias Farmacéuticas en el Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL) de la Universidad de La Habana. Ha ejercido funciones de dirección a lo largo de todos los niveles de atención del Sistema de Salud de Cuba. Es diplomado en Farmacoepidemiología y máster en Economía de la Salud. Actualmente se desempeña como especialista del Departamento de Investigaciones del Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Es miembro de la Comisión Nacional del Formulario Nacional de Cuba.

Anahí Dreser. Médica graduada en la Universidad Autónoma del Estado de México, maestra en Ciencias y candidata a PhD en Políticas de Salud por la London School of Hygiene and Tropical Medicine del Reino Unido. Su tesis doctoral aborda la elaboración de políticas de medicamentos en México. Actualmente es investigadora y docente del Instituto Nacional de Salud Pública de México, trabajando con el grupo de investigación Medicamentos en Salud Pública. Es autora de diversas publicaciones sobre la salud de los migrantes y sobre el consumo y políticas de medicamentos.

María das Graças Leopardi Gonçalves. Farmacéutica, doctorada en Farmacia Asistencial. Actúa como profesora e investigadora en las áreas Asistencial, Clínica y Atención Farmacéutica en la Escuela de Enfermería y Farmacia de la Universidad Federal de Alagoas (UFAL, Brasil). Anteriormente trabajó durante diez años en la implementación de programas de mejoría de la calidad en servicios farmacéuticos hospitalarios. Actualmente coordina el Programa de Reorientación de la Formación Profesional en Salud y Farmacia en la UFAL.

René Leyva Flores. Médico cirujano y partero (IPN, México). Maestro en Medicina Social (UAM, México). Especialista en Salud Internacional (OPS, Washington). Doctor en Sociología (Universidad de Barcelona). Actualmente es investigador y docente del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Es autor de 24 artículos, 28 capítulos y dos libros. Editor asociado del Boletín Fármacos y revisor de diversas revistas de salud pública. Sus principales áreas de interés son políticas de salud, medicamentos esenciales, migración y sida.

Manuel Machuca. Ejerce como farmacéutico comunitario en Sevilla (España) desde 1991. Es doctor en Farmacia por la Universidad de Sevilla y colabora en docencia e investigación con diferentes universidades de Europa y América Latina. Actualmente ha implantado una Unidad de Evaluación de la Farmacoterapia en el Centro de Farmacoterapia Social, en la que asiste a pacientes y enseña a otros profesionales el ejercicio de la Atención Farmacéutica. Es vicepresidente de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (OFIL) hasta 2010.

Julián Lázaro Pérez Peña. Médico, graduado en el Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL) de la Universidad de La Habana. Máster en Administración de Salud y diplomado en Farmacoepidemiología. Es director del Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología de Cuba y presidente de la Comisión Nacional del Formulario Nacional. Jefe de la Cátedra de Farmacoepidemiología de la Escuela Nacional de Salud Pública. Fue asesor del Grupo de Estudio Multicéntrico de la QMS para evaluar la efectividad de la regulación de medicamentos 1998-1999.

Djenane Ramalho de Oliveira. Farmacéutica con diez años de experiencia en enseñanza, práctica e investigación en atención farmacéutica. Máster en Ciencias Biológicas por la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) y doctora en Farmacia Social y Administrativa por la Universidad de Minnesota. Actualmente es profesora

de la Facultad de Farmacia de la UFMG y profesora asociada de la de Minnesota. También dirige el Departamento de Atención Farmacéutica de Fairview Health Services, Minneapolis.

Nancy Solá. Licenciada en Química, farmacéutica y doctora en Ciencias Químicas por la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Durante 30 años ejerció como docente en dicha Universidad y como profesora de posgrado en diferentes universidades españolas. Ha ejercido como farmacéutica comunitaria y como jefa de laboratorio en la industria. Es miembro de diferentes comités científicos tanto en publicaciones científicas como en congresos en el área de atención farmacéutica. Es patrona de la Fundación Pharmaceutical Care.

Sonia Uema. Farmacéutica y magister en Ciencias Químicas por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Ha ejercido en farmacia comunitaria, hospitalaria y en dispensarios. Trabaja en investigación sobre Atención Farmacéutica, dispensación y acceso a medicamentos. Es profesora asistente de grado y posgrado en el Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas, UNC. Ha publicado numerosos trabajos científicos en revistas con referato. Es alumna del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, UNC.

Elena María Vega. Farmacéutica. Doctora en Ciencias Químicas por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Fue becaria de Farmacovigilancia en el Hospital de Pediatría Garrahan de Buenos Aires. Luego, como becaria posdoctoral trabajó en un proyecto de investigación sobre problemas relacionados al uso de medicamentos en ancianos. Es profesora asistente de grado y posgrado en el Departamento de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas, UNC. Trabaja en farmacia comunitaria. Ha publicado numerosos trabajos científicos en revistas con referato.

Ángel H. Velarde Shuayre. Médico por la Facultad de Medicina del Estado de Chihuahua, México. Ejerce la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde 1980. Realizó una maestría en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Texas-Houston. Es profesor adjunto de Patología Humana en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Actualmente es miembro del Comité Local de Investigación en Salud para la especialidad de Medicina Familiar en el IMSS.

Hernán Vergara Mardones. Químico farmacéutico. Profesor en la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de Chile. Creó y es profesor de los cursos de Introducción a la Farmacia y Farmacia Social. Fue jefe del Departamento de Control Nacional del Instituto de Salud Pública (1998-2001) y director de la revista *Pharmakon* (1998-2005). Es autor de los libros *Historia del Formulario Nacional de Medicamentos* y *Caminos y horizontes farmacéuticos*. Es miembro de la Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile.

Veronika J. Wirtz. Actualmente es investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Licenciada en Farmacia por la Universidad de Albert-Ludwigs (Freiburg, Alemania). Realizó la Maestría en Farmacia Clínica en la Escuela de Farmacia de la Universidad de Londres y un doctorado en la misma Universidad. Sus áreas de investigación son: políticas farmacéuticas; acceso y uso racional de medicamentos; calidad de atención relacionada con medicamentos y ética en la investigación clínica.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*
Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*
Mario Testa, 2022

22. *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*
Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*
Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*
Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadír de planificación popular*
Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*
Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*
Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*
Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*
Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*
Matio Testa, 2020

10. *La salud mental en China*
Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*
Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*
Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*
Josué de Castro, 2019

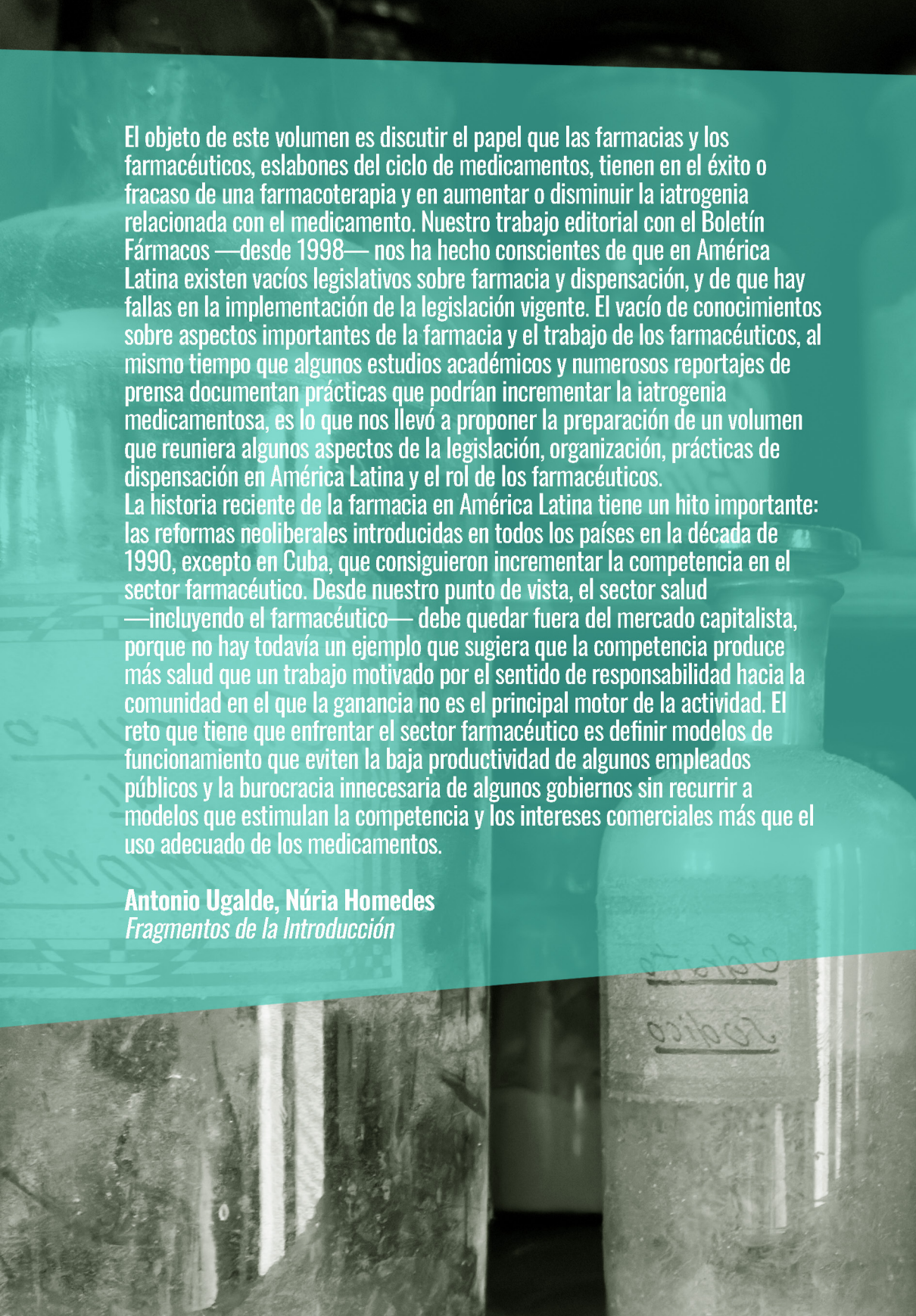
5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*
Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*
Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*
Ramón Carrillo, 2018

The background of the page is a photograph of laboratory glassware, including several glass bottles and test tubes, some containing liquids. The image is partially obscured by a teal-colored text box.

El objeto de este volumen es discutir el papel que las farmacias y los farmacéuticos, eslabones del ciclo de medicamentos, tienen en el éxito o fracaso de una farmacoterapia y en aumentar o disminuir la iatrogenia relacionada con el medicamento. Nuestro trabajo editorial con el Boletín Fármacos —desde 1998— nos ha hecho conscientes de que en América Latina existen vacíos legislativos sobre farmacia y dispensación, y de que hay fallas en la implementación de la legislación vigente. El vacío de conocimientos sobre aspectos importantes de la farmacia y el trabajo de los farmacéuticos, al mismo tiempo que algunos estudios académicos y numerosos reportajes de prensa documentan prácticas que podrían incrementar la iatrogenia medicamentosa, es lo que nos llevó a proponer la preparación de un volumen que reuniera algunos aspectos de la legislación, organización, prácticas de dispensación en América Latina y el rol de los farmacéuticos.

La historia reciente de la farmacia en América Latina tiene un hito importante: las reformas neoliberales introducidas en todos los países en la década de 1990, excepto en Cuba, que consiguieron incrementar la competencia en el sector farmacéutico. Desde nuestro punto de vista, el sector salud —incluyendo el farmacéutico— debe quedar fuera del mercado capitalista, porque no hay todavía un ejemplo que sugiera que la competencia produce más salud que un trabajo motivado por el sentido de responsabilidad hacia la comunidad en el que la ganancia no es el principal motor de la actividad. El reto que tiene que enfrentar el sector farmacéutico es definir modelos de funcionamiento que eviten la baja productividad de algunos empleados públicos y la burocracia innecesaria de algunos gobiernos sin recurrir a modelos que estimulan la competencia y los intereses comerciales más que el uso adecuado de los medicamentos.

Antonio Ugalde, Núria Homedes
Fragments de la Introducción