



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

LA AUTOMEDICACIÓN COMO COSTUMBRE
ARRAIGADA EN MÉXICO. COMPORTAMIENTO
DEL CONSUMIDOR EN EL MERCADO
FARMACÉUTICO.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTA:

NADJA AMBER GUADALUPE NAVA TOLEDO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VÁZQUEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx, junio 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En la obscuridad de mi habitación escucho el susurro de una voz que me repite una y otra vez “no podrás”, a lo lejos un halo de luz comienza a tornar todo más nítido, más tranquilo, paz dentro de un torbellino... esa es la metáfora perfecta que puede llegar a definir lo que eres para mí, mamá.

Gracias por tu apoyo, por hacer todo más fácil incluso cuando no encuentro salida, gracias por ser el aliento cuando ya no puedo más. Gracias por creer en mí en todo momento incluso cuando yo había perdido la fe en mi misma, siempre estuviste ahí sosteniendo mi mano. Tus brazos, el refugio perfecto. Tu sonrisa, el motivo más grandioso, te amo incondicionalmente. Gracias mamá por sacar la estadística de la posibilidad de quedarme en la UNAM un día antes de mi examen, míranos ahora, años después puedo decirte “lo logramos”.

Papá, gracias por apoyarme siempre en mis decisiones, abuelita Silvia, gracias por todas las charlas y las grandes lecciones de vida. A mi hermano por darme los abrazos en los momentos exactos para continuar. A mi tía Edelmira por darme los mejores consejos, apoyo y comprensión.

A mis profesores por las enseñanzas dentro y fuera de las aulas. Coach Cuevas, gracias por ayudarme a romper los límites de mi cuerpo y mente, por creer en mi incluso cuando yo no lo hacía y enriquecer mi fortaleza interna.

Mi vida en una ciudad completamente nueva no hubiera sido igual sin la alegría que le inyectaban a mi vida mis hermanos por elección, Diana, Jesús, Karen, Carol, Azul, Tamayo, Mabel, Eli, Fer, Jess, Andrea, XuJun. Gracias por aceptarme tal cual soy y ser mis compañeros de aventuras inigualables.

Por último, dos agradecimientos que van hasta el cielo, el primero para mi abuelita Lupe, porque sin ti, nada de esto hubiera sido posible, creíste en mí y en mi sueño; espero que te sientas orgullosa de mi y el segundo para Cody bebe, mi mejor amigo perruno que estuvo día y noche a mi lado acompañándome mientras escribía cada línea de la tesis.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVO	6
HIPÓTESIS	6
METODOLOGÍA	7
CAPÍTULO I: RACIONALIDAD VS IRRACIONALIDAD	9
1.1 Conducta racional	10
1.2 Modelo de racionalidad limitada.....	11
1.2.1 Modelo de racionalidad limitada de Herbert Simon	12
1.2.2 Mapas de racionalidad limitada de Daniel Kahneman	13
1.2.3 Racionalidad limitada, preferencias sociales y falta de auto control	18
1.3 Elecciones.....	19
1.3.1 Proceso de toma de decisiones.....	20
1.3.2 Factores que influyen en el comportamiento de compra	20
CAPITULO II: SISTEMA DE SALUD MEXICANO	22
2.1 Legislación vigente.....	23
2.1.1 Normatividad en los medicamentos	23
2.1.2 Marco Legal	25
2.2 Sistema Nacional de Salud	26
2.3 Presupuesto en salud por subsistema	26
2.3.1 IMSS.....	26
2.3.2 ISSSTE	28
2.3.3 PEMEX	28
2.3.4 SSa.....	29
2.4 Gasto per cápita en salud por subsistemas	30
2.5 Composición del gasto público en salud	32
CAPÍTULO III: LA AUTOMEDICACIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA .	36
3.1 Medicamentos de patente, genéricos y similares	37

3.2 La automedicación en el mundo	38
3.3 La automedicación en México.....	43
3.4 Caso estadístico.....	44
3.4.1 Resultados.....	46
3.4.2 La falacia de la oferta y la demanda	70
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	73
Conclusiones	73
Propuestas.....	79
ANEXOS	82
BIBLIOGRAFÍA.....	87

GLOSARIO

A

ANSARINOS

Subfamilia de aves acuáticas de la familia Anatidae. Incluye los cisnes, los gansos, y las barnaclas.

AUTOCUIDADO

Actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona.

AUTOGREGARISMO

Término acuñado por Dan Ariely al comportamiento que se da cuando creemos que algo es bueno (o malo) basándonos en nuestro propio comportamiento previo.

AUTOMEDICACIÓN

La automedicación es el uso de medicamentos por iniciativa propia, sin la intervención médica tanto en el diagnóstico, como en la prescripción y en la supervisión del tratamiento.

AUTOPRESCRIPCIÓN

Consumo de medicamentos que requieren receta médica y son adquiridos sin ella

AXIOMA

Proposición o enunciado tan evidente que se considera que no requiere demostración.

B

BIOEQUIVALENCIA

La bioequivalencia permite demostrar que dos medicamentos que contengan el mismo principio activo, en la misma dosis, son similares en términos de calidad, eficacia y seguridad para el paciente receptor

C

COHERENCIA ARBITRARIA

La idea de la coherencia arbitraria de que, aunque los precios iniciales sean arbitrarios, una vez que dichos precios se hayan establecido en nuestra mente configurarían no sólo los precios actuales, sino los futuros (y eso los hace coherentes).

E

ECON

Término utilizado por Thaler para describir al agente racional con preferencias coherentes y estables que busca un equilibrio resolviendo un problema de optimización restringida. Su lógica se basa en un acto de consumo en el mercado en donde la utilidad de adquisición se materializa únicamente en forma de excedente del consumidor calculada por diferencia entre la utilidad obtenida y el costo de oportunidad.

EFECTO ANCLA

El anclaje (anchoring) es un sesgo cognitivo que describe la tendencia habitual de la gente a depender excesivamente de la primera información que recibe en un cierto tema (el “ancla”) a la hora de tomar decisiones. En los procesos de toma de decisión, el anclaje ocurre cuando los individuos usan una información inicial para hacer decisiones posteriores. Una vez que el ancla ha sido establecida, el resto de

información se procesa relativa al ancla, y hay una tendencia a permanecer cerca de ella. Por ejemplo, el precio inicial ofrecido por un coche de segunda mano establece el estándar para el resto de negociaciones, de tal manera que precios más bajos que el inicial parecen más razonables incluso si son más altos que lo que el coche vale en realidad.

EFEECTO MARCO

Fenómeno psicológico que influye en la forma de pensar del consumidor, ya que se centra en conseguir determinada respuesta con base en elementos publicitarios o argumentativos. La información se presenta de una manera que influye en cómo los espectadores interpretan esa información. Los anunciantes emplean el framing effect con técnicas de encuadre a favor o en contra de determinada compañía comercial. En otras palabras, la forma en la que se presenta la información, su marco, altera tu decisión final.

ENFÁTICO

Que expresa algo con énfasis para indicar su importancia.

EXCIPIENTES

Sustancias inactivas que facilitan y mejoran las características de conservación, preparación y administración de los medicamentos.

_____ F _____

FARMACO

Sustancia farmacológicamente activa en los medicamentos con acciones en nuestro organismo.

FÁRMACORESISTENCIA

La fármacorresistencia o la resistencia a los antimicrobianos es la capacidad que tienen los microorganismos (bacterias, virus y algunos parásitos) de impedir que los antimicrobianos (antibióticos, antivíricos y antipalúdicos) actúen contra ellos. En consecuencia, los tratamientos

habituales se vuelven ineficaces y las infecciones persisten.

_____ G _____

GREGARISMO

Comportamiento caracterizado por seguir ciegamente a otros.

_____ H _____

HEURISTICA

Capacidad de crear o inventar algo, con la finalidad de proporcionar estrategias que ayuden a la resolución de un problema. Los seres humanos a través de su creatividad, pensamiento divergente y en algunos casos de experiencias propias, son capaces de encontrar la solución más viable para resolver algún conflicto.

HIPOACTIVIDAD

Alteración en el estado de ánimo donde la hormona tiroidea está en déficit en su producción, lo que provoca una disminución del interés por realizar actividades.

HOMO ECONOMICUS

Hombre económico en latín; transcrito economicus u oeconomicus. Concepto utilizado en la escuela neoclásica de economía para modelizar el comportamiento humano. Esta representación teórica se comportaría de forma racional ante estímulos económicos siendo capaz de procesar adecuadamente la información que conoce, y actuar en consecuencia a una alta racionalidad de los agentes económicos.

_____ I _____

IMPRONTA

Marca o señal muy firme que deja una cosa en otra. El aprendizaje por impronta es muy especial, porque se adquiere "a la primera", y

porque prácticamente nunca más se borra. La impronta se da cuando se producen conductas innatas como respuesta a estímulos aprendidos.

IRRACIONALIDAD

Carente de razón o resulta contrario a ella.

_____ **L** _____

LAXO

Poco riguroso o severo.

_____ **M** _____

MODELO ECONOMICO

Representación simplificada de la realidad que a través de supuestos que permiten entender cómo funciona la economía y hacer predicciones.

_____ **N** _____

NEUROECONOMIA

La Neuroeconomía estudia el cerebro, el comportamiento humano y la toma de decisiones. Todo ello, a través de una mezcla de diversas disciplinas tales como: economía, psicología, economía conductual, etc. Su objetivo principal es estudiar cómo las personas toman decisiones relacionadas con la economía. Para ello, alejándose del supuesto clásico de economía de que los agentes son racionales y toman decisiones óptimas tomando en cuenta la información disponible.

NUDGE

Término creado por Richard Thaler para definir cualquier aspecto de la arquitectura de las decisiones que modifica la conducta de las personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción ni cambiar de forma significativa sus incentivos económicos. Para que se pueda considerar como nudge, debe ser barato y fácil de evitar. Los nudges no son órdenes.

_____ **P** _____

PERJUICIO

Daño moral o material que una persona o una cosa causa en el valor de algo o en la salud o el bienestar de alguien.

_____ **R** _____

RACIONALIDAD

Actitud del que actúa de acuerdo con la razón y no se deja llevar por sus impulsos.

RACIONALIDAD LIMITADA

Concepto basado en que nuestra capacidad de juicio es imperfecta y limitada, especialmente en el ámbito económico. Las personas tomamos decisiones solo de forma parcialmente racional por nuestras limitaciones cognitivas, de información y de tiempo.

_____ **S** _____

SESGO COGNITIVO

Influencias emocionales y patrones que hacen que no seamos capaces de interpretar adecuadamente la información que recibimos.

INTRODUCCIÓN

El trabajo realizado incluye tres programas de investigación: El primero explora la heurística que utiliza la gente y los sesgos a los que tiende cuando realiza diversas tareas relacionadas con el hecho de juzgar algo en un contexto de incertidumbre, incluyendo las evaluaciones y predicciones de las pruebas. El segundo se centra en la teoría prospectiva, un modelo de elección en un entorno de riesgo y con aversión a las pérdidas en las elecciones libres de riesgo. La tercera línea de investigación se ocupa de los efectos marco (framing effects), es decir, como utilizando sabiamente el lenguaje logramos una modificación en la conducta y percepción de las personas, haciendo énfasis de sus implicaciones para los modelos del agente racional.

El modelo que se propone en la investigación pretende obtener un mapa de racionalidad limitada, en donde se exploran los sesgos sistemáticos que distinguen a las creencias que tienen las personas y las elecciones que realizan con respecto a sus creencias y elecciones óptimas supuestas en los modelos de agentes racionales. En estos, su análisis se centra en dos ejes, el primero destaca que los juicios y las elecciones se toman intuitivamente y el segundo sostiene que la intuición es gobernada por la percepción. Por lo tanto, las elecciones y los juicios intuitivos se basan directamente en analogías visuales.

Por esta razón nuestros comportamientos de elección se basan en experiencias pasadas, cultura, educación y del medio en el que nos desenvolvemos día con día, situando a la automedicación como una costumbre arraigada en nuestro país.

Por último, para reforzar el análisis se realiza una encuesta por muestreo estratificado por autoselección debido a que, hacer un levantamiento de encuestas es muy costoso y tardado, además, las condiciones de pandemia complicaron la convivencia. Como resultado la hipótesis alternativa es la que sostiene la investigación

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación servirá para analizar las consecuencias tanto sociales como económicas que trae consigo la automedicación a nivel micro (personas, familias) y a nivel macro (costo económico a nivel país). Además de examinar la conducta de los encuestados a la hora de enfermarse, el consumo de medicamentos, sus usos, costumbres y el papel de la experiencia previa con un medicamento para su recomendación de boca en boca. Es importante mencionar que, ante una complicación médica derivada de la automedicación los costos podrían duplicarse, afectando así, la salud y el bolsillo de las personas.

Con esta investigación se beneficiará a la sociedad a través de la concientización de los riesgos y consecuencias (individuales y colectivas) que trae consigo la automedicación y se intentará dar una solución mediante la propuesta de un modelo basado en isócronas que nos permitan tener más eficiencia en las instituciones de salud pública, proponiendo un sistema basado en tiempo y distancia en lugar del código postal para tener acceso a una unidad médica. Ayudando así, a la planeación estratégica, rotación de camas y acceso oportuno a las citas médicas. La investigación puede ayudar a crear un nuevo instrumento para analizar datos sugiriendo un nuevo enfoque para abordar el problema de la automedicación en México.

Al ser una problemática con poco estudio en el país, el trabajo es innovador y da pauta al inicio de investigaciones en este tema, abriendo paso a las nuevas vertientes de conocimiento que, hoy en día son las galardonadas con los últimos Premios Nobel, tales como Economía Conductual y Neuroeconomía. Por esta razón, el trabajo de investigación toma como referencia a la decisión del consumidor desde el punto de vista biológico, psicológico y social combinado con el análisis económico, para entender el comportamiento de los consumidores en el mercado farmacéutico y dar respuesta a la irracionalidad existente en la automedicación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la automedicación debe ser considerada como problema de salud pública, debido a la escasa educación médica de la población (Angeles, Medina, & Molina, 1992).

Se favorece debido a: 1) al incremento de la propaganda de información de medicamentos en los medios de comunicación, 2) la transformación de la población mexicana a una de mayor promedio de edad, 3) cambios en los patrones generales de las enfermedades, 4) el interés creciente a través de la propaganda en el mejoramiento de la calidad de vida, 5) la falta de acceso a fuentes de información confiables al alcance de la comunidad que le permita tener una cultura orientada al uso de los medicamentos de una manera correcta y 6) el desarrollo constante de la industria farmacéutica, que despliega una disponibilidad cada vez mayor de medicamentos más efectivos y de libre acceso, poniendo al alcance de la comunidad una gama muy amplia de opciones (Gómez, Leobardo, Galar, Téllez, Carmona & Amaya, 2009).

La automedicación en México se manifiesta a través de: a) la autoprescripción (consumo de medicamentos que requieren receta médica y son adquiridos sin ella) y b) la automedicación (Iñesta, 1995).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el 50% de los fármacos se recetan, dispensan o venden inadecuadamente, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y más de la mitad de los pacientes no los toma correctamente. En los países en vías de desarrollo los medicamentos representan el 25% al 70% del gasto global en salud, comparado con menos del 10% en países de ingresos altos. El 90% de la población de los países de ingresos bajos o medios tienen que comprar sus medicamentos de su ingreso reducido, no tienen seguridad social, la atención subsidiada es insuficiente e inoportuna.

En nuestro país se calcula que más del 80% de la población recurre a la automedicación, es decir, usa medicamentos por iniciativa propia, sin indicación médica y sin receta, por lo que el Sector Salud del país está en alerta ante casos de resistencia a los antibióticos y alergias (Secretaría de Salud [SSA], 2016).

La Secretaría de Salud (2016) sostiene que, la automedicación puede producir efectos secundarios por el uso excesivo de algunos medicamentos. Los efectos secundarios se dan, principalmente, en medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, que están relacionados con gastritis, así como en interacciones entre medicamentos, ya que hay algunos medicamentos que no deben de ser combinados con otros. La automedicación también puede enmascarar enfermedades ya que los medicamentos pueden, incluso, eliminar algunos síntomas que tergiversarían el diagnóstico.

Según la OMS, los costos asociados a las reacciones adversas de los medicamentos, por ejemplo, en relación con la hospitalización, la cirugía y la pérdida de productividad, sobrepasan el costo de los medicamentos en sí. El organismo es enfático: el 60% de estas reacciones es evitable en los pacientes, si estos evitaran automedicarse.

La COFEPRIS ha señalado que, de acuerdo con la OMS, las medicinas más falsificadas son los antibióticos, hormonas, analgésicos, esteroides, antihistamínicos, cardiovasculares y de disfunción eréctil. En México, acciones ilícitas como venta de medicinas de caducidad vencida, oferta de fármacos robados, comercialización ilegal de muestras médicas y la falsificación de medicamentos, no solamente representan un riesgo para instituciones de salud, la industria farmacéutica y distribuidores autorizados; sino que plantean un problema de salud pública, debido a que su contenido puede ser peligroso o puede haber una ausencia de principios activos, teniendo como consecuencias el fracaso terapéutico e incluso, el aumento de la farmacorresistencia.¹

La OMS sostiene que, en 1938, la penicilina (el primer antibiótico en el mercado) destruyó el 85% de las cepas de bacterias. Hoy, este porcentaje es resistente a microorganismos como el estafilococo.

¹ La farmacorresistencia o la resistencia a los antimicrobianos es la capacidad que tienen los microorganismos (bacterias, virus y algunos parásitos) de impedir que los antimicrobianos (antibióticos, antivíricos y antipalúdicos) actúen contra ellos. En consecuencia, los tratamientos habituales se vuelven ineficaces y las infecciones persisten. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un nuevo planteamiento para evaluar la decisión del consumidor desde una perspectiva diferente, recopilando y combinando información de otras disciplinas, que permitan dar como resultado una solución al problema de la automedicación en el país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Extender el concepto de racionalidad incorporando otras disciplinas (Psicología, Biología, Economía Conductual, Neuroeconomía), para enriquecer el análisis de la investigación.
2. Descubrir cómo es que tomamos decisiones mediante el estudio del cerebro para determinar en qué punto sucede la elección.
3. Compilar información referente a la población (número de habitantes, crecimiento poblacional, ingreso, gasto en medicamentos, etc.) e información del gobierno (gasto en medicamentos, presupuesto para la salud, etc.) para demostrar las deficiencias que hay en el sector salud.
4. Esquematizar el comportamiento del consumidor a través de una encuesta para evaluar el nivel de riesgo y su participación en la automedicación.
5. Fomentar el uso racional de los medicamentos con una gestión oportuna con calidad y enfoque de riesgo que permita disminuir la automedicación.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Las características económicas (ingreso, nivel socioeconómico), sociales (población, grupo de pertenencia, educación, salud), biológicas (genética) y culturales (comunidad, experiencia) no son los factores que influyen en la automedicación.

Hipótesis alternativa: Las características económicas (ingreso, nivel socioeconómico), sociales (población, grupo de pertenencia, educación, salud), biológicas (genética) y culturales (comunidad, experiencia) son los factores que influyen en la automedicación.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio explicativo, correlacional, transversal, para conocer los factores que influyen en la automedicación, a través de una encuesta que se aplicó a 487 personas de agosto a septiembre del 2020. Debido a la pandemia las encuestas se realizaron mediante la plataforma SurveyMonckey.

Con el fin de saber por qué se auto medican, en qué casos se han automedicado, cuáles son sus medicamentos preferidos a la hora de automedicarse y ante que síntomas los toman, además de las razones por las cuales prefieren automedicarse en lugar de preferir acudir al médico, por qué no acuden al médico y en qué casos si acuden a una consulta médica.

Para el muestreo probabilístico se realizó un muestreo estratificado bajo los siguientes pasos:

1. Definir la población objetivo.
2. Identificar la variable o variables de estratificación y determinar el número de estratos a usarse.
3. Identificar un marco de muestreo.
4. Evaluar el marco de muestreo para la falta de cobertura, cobertura excesiva, múltiple, y la agrupación.
5. Dividir el marco de muestreo en estratos, categorías de la estratificación de la o las variables, creando un marco de muestreo para cada estrato.
6. Asignar un numero único a cada elemento.
7. Determinar el tamaño de la muestra para cada estrato.

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Donde:

Z = Nivel de confianza (95% o 99%)

p = .5

c = Margen de error (0.04 = ±4)

Para un nivel confianza de 95%, la desviación media se considera de 1.96. La distribución numérica de los elementos incluidos en la muestra a través de los diversos estratos determina el tipo de muestreo a implementar. Para la investigación se utilizó un muestreo proporcional no estratificado o desproporcionado.

8. Selección al azar el número específico de elementos de cada estrato.

La investigación se considera explicativa dado que se abordan las causas a partir de las cuales se presenta la automedicación; correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación existente entre los diferentes factores que influyen en la toma de decisiones del consumidor que provocan la automedicación; observacional debido a que la relación entre las variables de estudio se determinó sin tener que manipularlas; prospectivo ya que la investigación fue diseñada antes de que los datos de las variables de estudio fueran recolectados y transversal ya que los datos se recolectaron en un solo momento o periodo de tiempo específico.

CAPÍTULO I: RACIONALIDAD VS IRRACIONALIDAD

¿Realmente somos racionales?

Se estima que cerca del 99% de las decisiones humanas tienen que ver directamente con la toma de decisiones económicas, es decir, casi todo en nuestra vida cotidiana depende estrictamente de un proceso de análisis supuestamente racional que nos permite obtener el máximo beneficio en cualquier situación, tomando en cuenta nuestros recursos escasos como podrían ser el dinero, el tiempo que destinamos a cada actividad, el espacio, entre otros factores que entran en juego en los múltiples cursos de acción que podríamos seguir pero que no necesariamente podemos elegir, en otras palabras, la administración de los recursos escasos que debemos de administrar frente a una toma de decisión. De hecho, sin darnos cuenta incluso hasta en las decisiones más mínimas nos guiamos enormemente por el aspecto económico desde qué estudiar, dónde vivir, cuántos hijos tener, incluso, la decisión de qué pareja tener y cuándo dar el paso hacia el altar implica un análisis económico.

El tema de la racionalidad es una controversia que empezó desde hace mucho tiempo atrás ya que, dicho termino no satisfacía por completo a unos cuantos, más porque ante esto, la ciencia económica tomo fuerza con un modelo racional en donde el “homo economicus”² era el personaje principal con características tan cuadradas que no parece humano sino un robot estático sin sentimientos ni emociones en donde los supuestos ya

² (Hombre económico en latín; transcrito economicus u oeconomicus) es el concepto utilizado en la escuela neoclásica de economía para modelizar el comportamiento humano. Esta representación teórica se comportaría de forma racional ante estímulos económicos siendo capaz de procesar adecuadamente la información que conoce, y actuar en consecuencia a una alta racionalidad de los agentes económicos.

están establecidos (Schuldt, 2013:55-60). El Homo economicus, se define como un agente que busca maximizar su utilidad o bienestar (Friedman 1967).

De esta manera tenemos que el supuesto del “homo economicus” ha sido un concepto clave para la construcción del pensamiento de la teoría económica moderna que, junto con la premisa de racionalidad, la cual, impuso el papel de híper maximizador al ser humano con evaluaciones casi perfectas bajo un análisis de costo – beneficio como sustento a cada decisión económica, si bien esta teoría se encuentra vigente hasta nuestros días varias ramas de la economía se han dedicado a criticarla, la corriente de pensamiento más actual es la Economía del comportamiento y la Neuroeconomía, ramas que son muy importantes y forman parte fundamental en esta investigación.

Los modelos de racionalidad limitada, nos ayudan a ver nuestra realidad de manera diferente, es decir, se observa cómo la cognición humana es limitada e imperfecta: incluso si se logra obtener toda la información disponible en torno a un problema, los fallos de razonamiento impedirían que se tome la decisión óptima.

1.1 Conducta racional

Los modelos económicos³ suponen que el comportamiento de los individuos es “racional”, en el sentido de que se toman aquellas decisiones que son más efectivas para ayudar al individuo a alcanzar sus propios objetivos, cualesquiera que éstos sean. El comportamiento racional de los individuos exige que éstos actúen coherentemente con un conjunto sistemático de preferencias. Ante cada decisión, el individuo, enfrenta rendimientos y esfuerzos para valorar: fines vs medios. Este patrón de conducta se concreta en el sujeto que, se supone, opera como agente de la actividad económica: el “homo economicus”. Un ejemplo de este accionar racional es la conducta que se propone para el consumidor, consistente en asignar sus recursos presupuestarios escasos de forma coherente con sus gustos (Montilla, 2007).

³ Representación simplificada de la realidad que a través de supuestos que permiten entender cómo funciona la economía y hacer predicciones. (Martínez, 2019)

La racionalidad garantiza al sujeto económico un criterio estable, a partir del cual decide su actuación ante cada situación. En la medida en que los sujetos económicos actúen racionalmente, sus acciones serán predecibles y se podrán estudiar las consecuencias que tendrán sobre ellas un cambio en el entorno. Este supuesto de racionalidad no sólo se aplica al sujeto individual, sino a cualquier agente que lleva a cabo una acción económica (Montilla, 2007).

(Martínez, 2019:18), sostiene que, los supuestos nos permiten entender la realidad de una manera mucho más fácil y a partir de ellos construir modelos económicos. Necesitamos suponer que pasan ciertas cosas para poder predecir qué ocurrirá.

1.2 Modelo de racionalidad limitada

Pareciera que el hombre racional puro presente en la teoría de la racionalidad instrumental, y que en el campo de la economía denominan “homo economicus”, caracterizado como un ser egoísta e individualista, que opta siempre por el máximo beneficio, luego de un cálculo preciso de costo – beneficio, no se encuentra en la realidad, porque nunca existe la disposición de toda la información ni se cuenta con todo el tiempo, tampoco se puede calcular con precisión los resultados anticipadamente y los motivos no se mantienen estáticos e inmutables en el tiempo (Marcano, 2015).

En la toma de decisiones limitada los consumidores todavía no definen por completo sus preferencias en relación con un grupo seleccionado de marcas, debiendo recopilar más información sobre marcas para establecer las diferencias entre cada una, incluso debe realizar compras en pequeñas porciones para evaluar los beneficios que le proporciona cada una (Vázquez, 2012).

La memoria juega un papel importante en este proceso porque, debe incorporar la información de cada marca referente a los beneficios y desempeño de cada una relacionándolos a las cualidades y características de cada producto que consumen específicamente. Los consumidores pueden ya tener algunas preferencias de marca, pero no les satisfacen por completo y siguen en una búsqueda constante en su afán de satisfacer sus necesidades por completo.

1.2.1 Modelo de racionalidad limitada de Herbert Simon

El modelo de racionalidad limitada es un modelo descriptivo que se encuentra basado fundamentalmente en que las personas elegirán la primera alternativa que satisfaga su nivel actual de aspiraciones contentándose con una solución cómoda.

Según el Premio Nobel Herbert Simon, las posibilidades de que lleguemos a tomar decisiones puramente racionales son limitadas debido a muchos factores, entre los cuales podemos destacar:

- El costo de recopilar información es muy alto en tiempo y recursos.
- Nuestra atención es selectiva y, además, no somos capaces de retener en la memoria la mayoría de la información que recibimos.
- Hacemos una interpretación sesgada de la información que tenemos a nuestro alcance y obviamos aquello que contradice nuestros prejuicios.
- Tomamos decisiones basándonos en nuestros gustos y preferencias, y no en el análisis racional de los hechos.

La aportación de Herbert Simon (1947-1957), descrita en su obra *Administrative Behavior* (Comportamiento Administrativo) representó un intento por averiguar qué resulta fundamental en los seres humanos como tomadores de decisiones, buscaba una ciencia para la toma de decisiones humanas, enfatiza encontrar mejores soluciones políticas para las políticas públicas por medio precisamente del análisis técnico de las políticas (Goodin y Klingemann 2001:814); introdujo el concepto de la racionalidad limitada, discutiendo que la limitación de la racionalidad se podría reducir al mínimo por el conocimiento racional (Parsons, 2007:55-57).

La racionalidad limitada de Simon es un concepto que destaca que, ningún individuo puede tener todo el conocimiento de los elementos del conjunto de una situación, ni de todos los resultados ni opciones posibles de sus acciones refutando el concepto de consumidor racional ⁴ como todos lo conocemos, proponiendo un modelo de racionalidad

⁴ En *Economics*, Krugman y Wells (2006a, 230) describen al consumidor racional como “un consumidor que sabe qué es lo que quiere y que saca el máximo partido de las oportunidades de que dispone”. Esos mismos autores, en

universal del comportamiento humano, es decir, un modelo de racionalidad limitada en donde los individuos reaccionan conforme a sus posibilidades, el acceso a la información que se encuentra a su alcance y las capacidades de razonamiento de las personas en su entorno en el cual se desarrolla cotidianamente.

Según este modelo, los pasos para la toma de decisiones son: Definir el problema que va a solucionar o fijación de objetivos. Se establece un nivel apropiado de aspiración o un nivel de criterio apropiado y utiliza la heurística para reducir el problema a una sola alternativa. Si no puede identificar una alternativa viable, rebajar el nivel de aspiración y comenzar a buscar una nueva solución. Después de identificar una alternativa viable, evaluarla para determinar su aceptabilidad. Si la alternativa identificada no es aceptable, comenzar a buscar una nueva solución. Si la alternativa identificada es aceptable, implemento la solución (b). Después de la implementación, evaluar la facilidad con que el objetivo se obtuvo, y aumentar o disminuir su nivel de aspiración para futuras decisiones de este tipo (March & Simon, 1958).

1.2.2 Mapas de racionalidad limitada de Daniel Kanheman

Las limitaciones de nuestra memoria inmediata, la falta de información (imperfección del conocimiento) dado que el ser humano tiene un conocimiento fraccionado de la realidad, la incertidumbre o la anticipación de las consecuencias, provocan que las personas recurran de forma sistemática a atajos mentales (heurísticos) para simplificar la solución de problemas y que permiten realizar evaluaciones en función de datos incompletos.

Daniel Kahneman, en su trabajo *Mapas de Racionalidad limitada: Psicología para una Economía Conductual*, pretende obtener un mapa de racionalidad limitada, explorando los sesgos sistemáticos que distinguen las creencias que tiene la gente y las elecciones que realiza respecto a las creencias y elecciones óptimas supuestas en los modelos de agentes racionales. En donde su análisis se sitúa bajo dos ejes centrales, en el primero

Introducción a la economía: microeconomía, hablan de la elección individual sin hacer referencia explícita a la racionalidad y dicen que se caracteriza por unos principios básicos: los recursos son escasos, existe un costo de oportunidad, las decisiones se toman en el margen y “en general, las personas aprovechan las oportunidades para mejorar” (Krugman y Wells, 2006b, 10).

destaca que la mayor parte de los juicios y elecciones se efectúan intuitivamente y el segundo en el cual menciona que las reglas que gobiernan la intuición son generalmente similares a la percepción. Consiguientemente, el tratamiento de las reglas de las elecciones y los juicios intuitivos se basarán en analogías visuales.

Primera línea de investigación: La heurística y los sesgos cognitivos

Las ideas centrales del presente enfoque son la existencia de una estructura formada por dos sistemas, el importante cometido del sistema 1 y la dependencia extrema del contexto que está implícita en el concepto de accesibilidad. La característica fundamental de los agentes no es la de que razonan mal sino la de que actúan a menudo intuitivamente y la conducta de estos agentes no está guiada por lo que son capaces de calcular, sino por lo que por casualidad ven en un momento dado. Estas proposiciones llevan a cuestiones heurísticas que pueden servir de guía en los intentos de predecir o explicar la conducta en una posición determinada.

Los heurísticos se definen como reglas sencillas que usamos para la resolución de problemas; aunque pueden ser útiles en muchos casos, en otros producen sesgos cognitivos, es decir, desviaciones sistemáticas en el razonamiento.

Los psicólogos Keith Stanovich y Richard West (2000), hacen referencia a dos sistemas de la mente que son los que intervienen a la hora de tomar una decisión.

El Sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario; por el otro lado, el Sistema 2, centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos. En conclusión, las operaciones del Sistema 2 están a menudo asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse.⁵

El Sistema 2 es el encargado del autocontrol y una de sus tareas principales es vencer los impulsos que genera el Sistema 1. Los errores del pensamiento intuitivo son difíciles de prevenir, los sesgos no siempre pueden evitarse, porque el Sistema 2 puede no tener

⁵ Como establece Daniel M. Wegner en *The Illusion of Conscious Will*, Bradford Books, Cambridge, MA, 2003; esta sensación de libre voluntad es a veces solo una ilusión.

un indicio del error. Cuando existen indicios de errores probables, éstos solo pueden prevenirse si el Sistema 2 trabaja actuando bajo control reforzado. Sin embargo, adoptar este ejercicio a la vida cotidiana es impracticable.

Cuestionar todos y cada uno de los pensamientos, en un principio podría ser prometedor, pero después de un tiempo sería cansado y tedioso, además de aburrido. Las características del Sistema 2 sostienen que dicho sistema es muy lento e ineficiente como para servir de sustituto al Sistema 1 en las decisiones diarias. La solución a esta problemática recae en el compromiso de aprender a reconocer situaciones en las que los errores sean probables y evitar caer en ellos.

Las personas utilizan heurísticos basados en un procesamiento automático, involuntario y muchas veces emocional. Estos atajos mentales simplifican los problemas y permiten resoluciones intuitivas. Sin embargo, esta forma de procesar información puede generar importantes sesgos durante la toma de decisiones (Tversky & Kahneman, 1974). También se ha planteado que los heurísticos son capaces de influir sobre nuestro juicio debido a que el sistema 2 es laxo en su monitoreo (Kahneman & Frederick, 2002). Hay momentos atencionales en el día que favorecen al procesamiento superficial – heurístico frente al juicio deliberado (Bodenhausen, 1990). Así el sistema 2, al encontrarse hipoactivo, es más proclive a aceptar sin revisión las impresiones del sistema 1 (Kahneman, 2002). El poco esfuerzo y el alto grado de confianza con los que los heurísticos permiten a los individuos resolver los problemas hacen poco probable que se dude acerca de los resultados generados (Kahneman & Frederick, 2002).

Para términos específicos de la investigación se tomarán en cuenta como sesgos:

1. Efecto manada: Tendencia a aceptar como válidos los razonamientos o las ideas de la mayoría sin analizar si son correctas desde un punto de vista lógico.
2. Efecto marco: La persona tiende a ofrecer una elección, respuesta o solución de algún problema en particular dependiendo de cómo es la manera en la que se le presenta la información o en la forma en la que se realiza la pregunta.
3. Gratificación inmediata: Obtención rápida del beneficio.

4. Punto de referencia: En general, podemos decir que un punto de referencia es un indicador usado como origen para poder ubicarnos en un determinado espacio; esto permite conocer la posición en la que estamos o la dirección que seguiremos.
5. La asimetría de lo colectivo: Este efecto describe cómo es que las decisiones individuales que, quizás no son malas (nivel individual), representan un negativo al sumar dichas decisiones (nivel general), es decir, resaltando la participación de la elección, comprobar cómo es que las sumas de las decisiones individuales tienen un efecto negativo al ser analizado en conjunto.
6. Status quo: Las personas continúan con la acción que se esté ejecutando, aunque esto suponga desestimar una alternativa de mayor satisfacción.
7. Sesgo de disponibilidad: Supone actuar con la información y conocimiento que se dispone en el momento, que, a su vez, viene estimulada por eventos recientes.
8. Aversión a la pérdida: La decisión está más influenciada por la posibilidad de una pérdida, que por una posible ganancia con alta probabilidad de tener éxito.
9. Sesgo endogrupal: Damos más credibilidad a nuestros grupos de convivencia.
10. Sesgo de confirmación: Favorece nuestras creencias.

Segunda línea de investigación: Teoría de las perspectivas

En 1738, el científico suizo Daniel Bernoulli, relaciono la intensidad psicológica con la magnitud física del estímulo y lo aplico a la relación entre el valor psicológico o moral del dinero (denominado actualmente como utilidad) y la cantidad real del mismo. La idea fundamental de Bernoulli era que una decisión que disminuya la utilidad marginal de una suma será evitada por aversión al riesgo, suponiendo que lo que hace a los individuos más o menos felices es la utilidad de su riqueza.

Cambiando el punto de vista, la aversión al riesgo se puede sustituir por una búsqueda constante de riesgo, ya que, al no tener más opciones optas por la menos perjudicial. Claramente es un resultado común que, frente un panorama no tan bueno, los seres humanos buscan el riesgo mínimo cuando todas las opciones son malas.

Para Amos y Kahneman (2017), la teoría de las perspectivas cuenta con 3 aspectos que desempeñan un papel esencial en la evaluación de resultados y están presentes en muchos procesos automáticos de la percepción, el juicio y la emoción.

1. La evaluación es relativa en un punto de referencia neutral que en ocasiones viene a su vez referido a un nivel de adaptación.
2. El principio de la disminución de la sensibilidad es aplicable tanto a dimensiones sensoriales como a la evaluación de los cambios en nuestro patrimonio.
3. La aversión a la pérdida. La idea de las pérdidas pesa más que las ganancias.

Tercera línea de investigación: Efectos marco (framing effects) y sus implicaciones para los modelos del agente racional

En su ensayo titulado *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk* (1979), realizaron un estudio puramente descriptivo con el objetivo de documentar y explicar la vulnerabilidad de los axiomas de la racionalidad en las elecciones entre juegos; dos años más tarde, publicaron en Science⁶ un estudio sobre los grandes cambios de preferencias que en ocasiones causan las variaciones intrascendentes en la formulación de un problema de elección, a lo que denominaron, efecto marco.⁷

En el caso del efecto marco, la persona tiende a tomar una elección dependiendo de cómo sea la manera en la que se le presente la información, en otras palabras, la elección de una persona ante el planteamiento de un dilema dependerá de la manera en la que éste sea planteado, siendo esta forma el “marco” del dilema propuesto.

Según Kahneman, el efecto marco dirige su atención a que cualquier pérdida, por grande que sea, es más significativa para la persona que la ganancia equivalente. Por lo tanto, una ganancia segura será considerada como mejor opción ante una ganancia probable y que, una pérdida probable es preferible a una pérdida definitiva.

⁶ Revista científica y órgano de expresión de la American Association for the Advancement of Science (AAAS), la Asociación Estadounidense para el Avance de la Ciencia.

⁷ El efecto marco es un fenómeno psicológico perteneciente a los sesgos cognitivos. Un sesgo cognitivo hace referencia a una alteración en el procesamiento mental de la información que da lugar a una interpretación distorsionada de la realidad.

En la mayoría de los ejercicios realizados para la obtención de resultados específicos, las personas solo reciben opciones en relación a pérdidas o ganancias, nunca se ve reflejado en las opciones a considerar, ganancias – ganancias o pérdidas – pérdidas, siempre se muestran opciones contradictorias entre sí.

1.2.3 Racionalidad limitada, preferencias sociales y falta de auto control

“Al explorar las consecuencias de la racionalidad limitada, las preferencias sociales y la falta de autocontrol, ha demostrado cómo estos rasgos humanos afectan sistemáticamente las decisiones individuales, así como los resultados del mercado” explica en su comunicado de prensa la organización del Premio Nobel al anunciar a Thaler como el ganador.

En su libro “Un pequeño empujón. El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad”, Richard R. Thaler habla de cómo unos “pequeños empujoncitos” (Nudges)⁸ pueden hacer que la balanza se incline hacia un lado, es decir, que los consumidores modifiquen sus conductas hacia los comportamientos que son deseables (tanto para ellos como para la sociedad), como ahorrar para la jubilación, comer saludablemente o registrarse como donante de órganos.

Los “nudges” apelan a estrategias para incidir en la toma de decisiones. Se trata de una vía intermedia mediante la cual se logra aprovechar el conocimiento de las debilidades actitudinales y los sesgos cognitivos de las personas a los efectos de introducir factores potencialmente influyentes en el contexto que se desarrollan las decisiones. Al aplicar estas técnicas de influencia, un alto porcentaje de individuos optará por los cursos de acción a los que impulsan los empujoncitos (nudges) (Marcano, 2015).

Por su parte, la doctora en Psicología, Lizeth Reyes Ruiz, investigadora de la Universidad Simón Bolívar, expone que el comportamiento de todo ser humano, que bien podría tener una explicación desde las teorías del desarrollo evolutivo, también tiene su sustento

⁸ Un nudge, tal y como planteamos el termino, es cualquier aspecto de la arquitectura de las decisiones que modifica la conducta de las personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción ni cambiar de forma significativa sus incentivos económicos. Para que se pueda considerar como nudge, debe ser barato y fácil de evitar. Los nudges no son órdenes. (Sunstein & Thaler, 2017)

desde aquellas teorías que describen la importancia del contexto en la formación de estructuras, tanto de personalidad como de pensamiento.

Nicolás Barboza (2012), menciona en su trabajo que los seres humanos, son alternativamente irracionales. Es decir, combinan periodos de racionalidad con irrupciones inesperadas de irracionalidad. La toma de decisiones, es influida altamente por lo emocional y personal, y pueden verse mezcladas con los lapsos de irracionalidad.

1.3 Elecciones

“El agente de la teoría económica es racional y egoísta, y sus gustos no cambian”.

- Bruno Frey

Diariamente nos enfrentamos a la toma de decisiones en nuestras vidas, unas pueden ser fáciles otras más complejas, pero al final del día son decisiones. Todas las decisiones importantes que tomamos en nuestras vidas vienen acompañadas de incertidumbre.

Los estudiosos de la economía al intentar dar respuesta oportuna a la toma de decisión, enfocaron sus esfuerzos a desarrollar una lógica de la elección basada en las reglas elementales de la racionalidad, lo que denominaron *teoría de la utilidad esperada*.

La teoría de la utilidad esperada muestra dos funciones esenciales, la primera, como una lógica que muestra y prescribe cómo han de tomarse las decisiones y la segunda, como una descripción de la manera en la que los *econs*⁹ hacen las elecciones.

1.3.1. Proceso de toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones se puede considerar como una actividad fundamental en el ciclo de vida de cualquier individuo. En el proceso de toma de decisiones entran en juego dos fuentes de información: 1) una fuente de información interna al individuo, que tiene que ver con sus preferencias, creencias u objetivos; y 2) una fuente de información externa, que tiene que ver con el contexto en el cual se circunscribe la decisión y define

⁹ Econ, es el término utilizado por Thaler para describir al agente racional con preferencias coherentes y estables que busca un equilibrio resolviendo un problema de optimización restringida. Su lógica se basa en un acto de consumo en el mercado en donde la utilidad de adquisición se materializa únicamente en forma de excedente del consumidor calculada por diferencia entre la utilidad obtenida y el costo de oportunidad.

las alternativas susceptibles de elección. Estas dos fuentes de información son reunidas por el individuo a través de un proceso de razonamiento para elegir un curso de acción que se ajuste a sus preferencias y objetivos (Meñeton, Ruiz & Loaiza, 2017).

Quien toma una decisión debe identificar todas las alternativas disponibles, pronosticar sus consecuencias y evaluarlas según los objetivos. Para ello, se requiere: “En primer lugar, información actualizada sobre qué alternativas se encuentran disponibles en el presente o cuáles se deben considerar. En segundo lugar, se necesita información sobre el futuro: cuáles son las consecuencias de actuar según cada una de las diversas opciones. En tercer lugar, es indispensable la información sobre como pasar del presente al futuro: cuáles son los valores y las preferencias que se deben utilizar para seleccionar, entre las alternativas que, según los criterios establecidos, conducen del mejor modo a los resultados que deseados” (Choo, 1999: 194).

1.3.2 Factores que Influyen en el comportamiento de compra

El comportamiento de compra del consumidor se refiere a la conducta de compra de los consumidores finales: individuos y hogares que compran bienes y servicios para su consumo propio. Todos estos consumidores finales se combinan para hacer el mercado de consumo (Kotler & Armstrong, 2013).

Según Kotler (2002), las variables que afectan el comportamiento de los consumidores pueden dividirse en grupos:

Factores culturales

- **Cultura:** La cultura es la causa más básica de los deseos y el comportamiento de una persona. El comportamiento humano es, en gran medida, aprendido. Al crecer en una sociedad, los seres humanos aprendemos valores básicos, percepciones, deseos y comportamientos de la familia y otras instituciones importantes.
- **Subcultura:** Son unidades menores con sistemas de valores compartidos basados en experiencias de vida y situaciones comunes.
- **Clase social:** Hace referencia a las divisiones homogéneas y duraderas de una sociedad. Se ordenan jerárquicamente y reflejan el nivel de ingresos.

Factores sociales

- Grupos y redes sociales: Son los grupos que tienen una influencia sobre las actitudes o conductas de una persona.
- Familia: La familia es la organización de compras de consumo más importante de la sociedad. Sus influencias afectan creencias y actitudes básicas del individuo.
- Roles y estatus: Un rol consiste en las actividades que se espera que realicen las personas de acuerdo con lo que creen las personas a su alrededor.

Factores personales

- Edad y etapa del ciclo de vida: La etapa de vida en la que se encuentre la persona influirá en los productos y servicios que elija para sus necesidades.
- Ocupación: Afecta los bienes y servicios que compran las personas.
- Situación económica: Influye sobre los gastos y ahorro.
- Estilo de vida: Son las actividades que se realizan, los intereses y opiniones.
- Personalidad y auto concepto: La personalidad es la suma de las características psicológicas distintivas que dan pie a respuestas consistentes y duraderas al entorno. El auto concepto, es la imagen que tiene uno mismo de sí.

Factores psicológicos

- Motivación: Es un factor interno que impulsa el comportamiento, le da orientación y lo dirige. La compra de un producto se realiza por una necesidad que satisfacer, la cual se vuelve motivo. La teoría de Freud sugiere que las decisiones de compra de una persona se ven afectadas por motivos subconscientes que incluso el comprador no puede entender.

CAPÍTULO II: SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El debate de la sanidad continúa girando en torno a tres cuestiones distintas y algo contrapuestas: los excesivos costos, la limitada cobertura de seguros y los problemas presupuestarios que tiene el Estado para proporcionar asistencia sanitaria (Stiglitz & Rosengard, 2015:445).

México, en particular, registra una situación compleja, ya que, en los últimos 10 años, mientras su población crecía en casi 13 millones de habitantes, hasta alcanzar los 127 millones, el gasto en salud pública registró una contracción, al pasar paulatinamente de un 2.8%, en 2012, a un 2.5% para el año 2020, en relación al PIB (Medina, 2020).

En 2018 al comparar a México con otros países, nuestro país se posicionó como uno de los países con menor gasto público destinado al sector salud. Mientras que países desarrollados como Estados Unidos destina 14.3% del gasto público en salud como porcentaje del PIB, Alemania 9.5%, Reino Unido 7.5%, Italia 6.5% y España 6.2%, México destina solo el 2.5%.

Cabe mencionar que países en desarrollo como Colombia y Chile (pertenecientes a América Latina) destinan un porcentaje de su PIB al gasto público en salud de más del doble del que destina México (Murillo & Almonte, 2020). Según la Organización Panamericana de la Salud la inversión ideal del PIB en Salud, sería 6% (o más).

2.1 Legislación Vigente

2.1.1 Normatividad en los medicamentos

En México, durante el año de 1987 corría la primera Encuesta sobre salud y nutrición y en 1994 se realizó la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) con el propósito de analizar, la situación de salud y la utilización de los servicios de salud públicos y privados

en México. Esta encuesta obtuvo información sobre la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos entre los usuarios de servicios públicos y privados de salud, siguiendo tres preguntas guía: “¿A quiénes se les prescribió medicamentos? ¿Obtuvieron los medicamentos prescritos? ¿Cuánto gastaron en medicamentos por evento atendido?” (Leyva, Erviti, Kageyama & Arredondo, 1998).

NOM-072-SSA1-1993, publicada el 8 de agosto de 1993 y en vigencia desde el 10 de octubre de 2000: Etiquetado de medicamentos. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deberá contener el etiquetado de los medicamentos de origen nacional o extranjero que se comercialicen en el territorio nacional, así como el etiquetado de las muestras médicas de los mismos (Salud, 1993).

En 1997 la Secretaría de Salud puso en marcha Ley General de Salud. Título Decimosegundo. Control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación y en 1998 el Reglamento de Insumos para la Salud.

NOM-177-SSA1-1998, publicada el 26 de enero de 1998, instaure las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable, así como requisitos a los que debe sujetarse los que realicen las pruebas (SE, 2013).

Reglamento del 2 de mayo de 2000, publicado el 4 de mayo de 2000: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad. El cual tiene por objeto reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere la Ley General de Salud (Salud, 2000).

NOM-220-SSA1-2002, publicada el 27 de septiembre de 2002, instalación y operación de la farmacovigilancia (SE, 2013).

NOM-176-SSA1-1998, publicada el 17 de diciembre de 2001: Norma oficial mexicana sobre los requisitos mínimos sanitarios que deben cumplir los fabricantes, distribuidores y proveedores de fármacos de fabricación nacional o extranjera, utilizados para la elaboración de medicamentos de uso humano (Diario de la Federación, 2001).

NOM-073-SSA1-2005, publicada el 4 de enero de 2006, establece la estabilidad química de fármacos y medicamentos (SE, 2013).

NOM-059-SSA1-2006, publicada el 22 de diciembre de 2008, busca las buenas prácticas de fabricación para establecimientos de la industria químico farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos (SE, 2013).

NOM-248-SSA1-2011, publicada el 22 de marzo de 2012, buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la producción de remedios herbolarios (SE, 2013).

En 2012, la COFEPRIS autorizó la venta de 190 genéricos para el tratamiento de enfermedades crónicas fomentando la disminución de la venta de medicamentos similares y la consolidación del mercado de medicamentos genéricos (SE, 2013).

La publicación de la nueva Norma Oficial Mexicana (NOM) de Emergencia sobre medicamentos biotecnológicos y sus biofármacos (NOM-EM001-SSA1-2012) regula las buenas prácticas de fabricación y etiquetado de esos productos, que son considerados por la ciencia como la medicina del futuro por su potencia y precisión en el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas (SE, 2013).

En 2017 se realizó una reforma a los artículos 112 y 310 de la Ley General de Salud, para que integraran los riesgos de la automedicación y auto prescripción como objeto de la educación para la salud además de que la publicidad dirigida a la población en general sólo se efectuará sobre medicamentos de libre venta y remedios herbolarios, y deberá incluirse en ella en forma visual, auditiva o ambas, según el medio de que se trate, los textos: Consulte a su médico y automedicarse puede agravar la enfermedad, así como otras advertencia determinadas por la Secretaría de Salud (Gobernación, 2017).

En el 2018, el entonces presidente de México, Enrique Peña Nieto, suscribió un Convenio de Colaboración en el dónde el sector farmacéutico fue declarado estratégico y prioritario para la economía nacional y la salud pública. La declaratoria se hizo en el marco de la XXVII Convención Nacional de la Industria Farmacéutica.

2.1.2 Marco Legal

El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), señala que el acceso a la salud es una garantía individual, por lo que los servicios de

salud deben estar disponibles para todos los individuos dentro del territorio nacional (aunque no implica que esto deba ser gratuito) (Cámara de Diputados, 2017a). Asimismo, en su artículo 73, fracción XVI, menciona que es facultad del Congreso de la Unión elaborar leyes sobre salubridad general, como la Ley General de Salud (LGS).

La LGS, en su artículo 2, menciona que la protección de la salud consiste en (Cámara de Diputados, 2017c):

- Que los individuos tengan bienestar físico y mental.
- Prolongar y mejorar la calidad de vida.
- Gozo de servicios de salud y asistencia social eficaces y oportunos.
- Que los individuos conozcan los servicios que pueden utilizar.
- Que exista investigación para desarrollar mejores servicios de salud.

Los servicios de salud, según el artículo 24 de la LGS, se clasifican en tres tipos (Cámara de Diputados, 2017c):

1. **Atención médica.** De acuerdo con el artículo 33 de la LGS, consiste en actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.

2. **Salud pública.** Con base en el artículo 27 de la LGS, consiste en educación para la salud; prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria; planificación familiar; nutrición, y prevención y control de enfermedades bucodentales, entre otras, que mejoren el nivel de salud de las personas.

3. **Asistencia social.** Según el artículo 167 de la LGS, consiste en todas aquellas acciones que cambian las circunstancias sociales que impiden el desarrollo integral de los individuos que se encuentran en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta que se incorporen a una vida plena y productiva.

2.2 Sistema Nacional de Salud

La LGS, en su artículo 5, establece que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se conforma por dependencias de la administración pública federal y local, así como por las personas físicas o morales que presten servicios de salud de los sectores social y privado (Cámara

de Diputados, 2017c). El acceso a los servicios de salud depende del nivel de ingreso, trabajo o afiliación. En México existen ocho instituciones principales de salud: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Petróleos Mexicanos (Pemex); Secretaría de Marina (Semar); Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena); Secretaría de Salud (SSA); IMSS – Prospera y las instituciones privadas y no gubernamentales.

2.3 Presupuesto en salud por subsistema

Se asignan 656 mil 761 mdp para el sistema público de salud, esto representa un incremento de 2.1% respecto al PEF 2019, pero se mantiene en 2.5% del PIB, mismo porcentaje que en 2019. Este incremento se origina por los aumentos de 3.6% al IMSS y de 3.4% al ISSSTE. El cambio en el presupuesto para la población que no cuenta con seguridad social laboral se da en el margen de 0.43%. Para hablar de un primer escenario, numéricamente fundamentado, rumbo a un sistema de salud que atienda a este grupo poblacional, se requeriría, al menos, un incremento de 66% (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. [CIEP], 2019).

2.3.1 IMSS

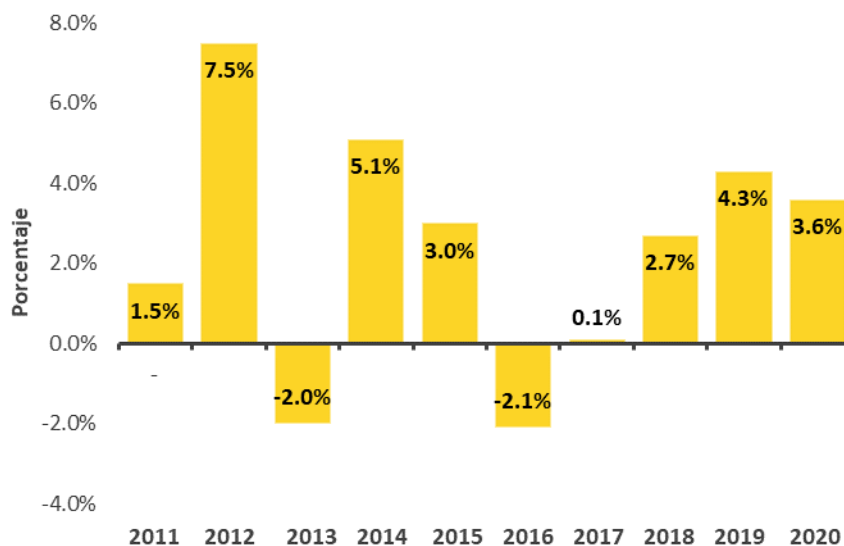
El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), brinda atención a la población de trabajadores y pensionados del sector privado, así como a sus familiares y/o dependientes. El 29 de julio de 2018, el Director General, Tuffic Miguel, informó que 6 de cada 10 mexicanos reciben atención médica en el IMSS, dando un total de 80 millones de derechohabientes del Instituto debido al crecimiento del empleo, la atención a estudiantes y comunidades rurales. De este total, explicó, 67.5 millones corresponde a los asegurados y sus familias, mientras que el resto son estudiantes y beneficiarios del Programa IMSS-PROSPERA (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018).

El presupuesto del IMSS como proporción del gasto público total, se ha incrementado, al pasar de 44.4% en 2010 a 48.6% en 2020. En términos reales pasó de 253 mil 785 mdp en 2010 a 319 mil 345 mdp en 2020, un incremento de 65 mil 559 mdp o 35.45%.

La tasa de crecimiento promedio fue de 2.4% para el periodo de 2010 a 2020 a pesar de que, en 2013 y 2016 el presupuesto ejercido fue menor al año inmediato anterior.

Figura 1.

Variaciones porcentuales al presupuesto del IMSS 2010 - 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

El Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2020, presenta un aumento de 3.6% respecto al presupuesto aprobado para 2019. Examinando al IMSS por Programa Presupuestario (PP), el mayor incremento fue para el rubro de programa de atención a la salud con 12 mil 157 millones de pesos (mdp) más que en 2019 y para el programa de adquisiciones por 2 mil 765 mdp más.

2.3.2 ISSSTE

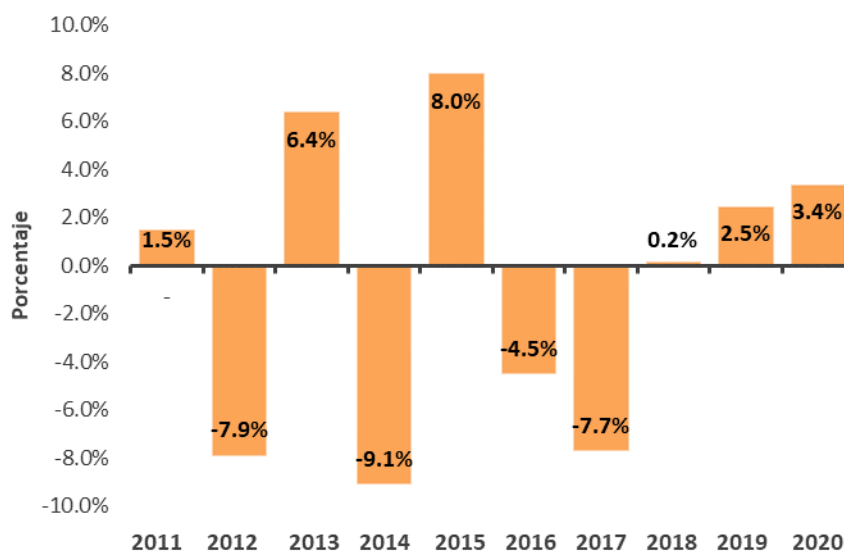
La población de trabajadores al servicio del Estado es beneficiaria de los servicios del instituto, así como sus familiares y/o dependientes. En 2018 se estimó un total de 13 millones 347 mil 389 derechohabientes (ISSSTE 2019).

El presupuesto del ISSSTE como proporción del gasto público total se ha visto reducido por un punto porcentual, pasando de un 10.6% en 2010 a 9.6% en 2020. En términos reales pasó de \$60,727 mdp ejercidos en 2010 a \$63,186 mdp en 2020.

En la figura 2., se muestra la tasa de crecimiento promedio, la cual fue de 0.6% para el periodo comprendido entre los años 2010 a 2020, por más de que, en 2012, 2014, 2016 y 2017 el presupuesto ejercido fue menor al año inmediato anterior.

Figura 2.

Variaciones porcentuales al presupuesto del ISSSTE 2010 – 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

El ISSSTE presentó un incremento de 3.4% en el PPEF 2020 respecto al presupuesto aprobado en el año de 2019.

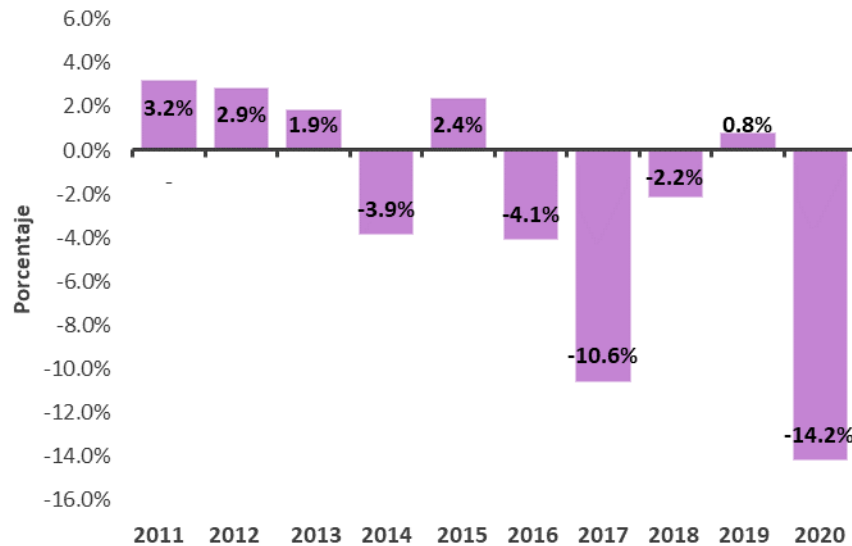
2.3.3 PEMEX

En 2018 se estimaron que 726,461 personas se encontraban siendo beneficiarios de este subsistema. (Méndez,

En la figura 3, se muestra el periodo comprendido de 2010 a 2019, en donde el presupuesto para los servicios médicos de Pemex se encontraba entre el 2.2% y 2.8% del total del presupuesto público de salud; en 2020 la proporción bajaría a 1.9% del presupuesto total.

Figura 3.

Variaciones porcentuales al presupuesto de Pemex 2010 – 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

2.3.4 SSA

De acuerdo a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud es la encargada de definir la política nacional de salud, brindando atención médica a las personas que no tienen acceso o afiliación a subsistemas de salud tales como el IMSS o ISSSTE.

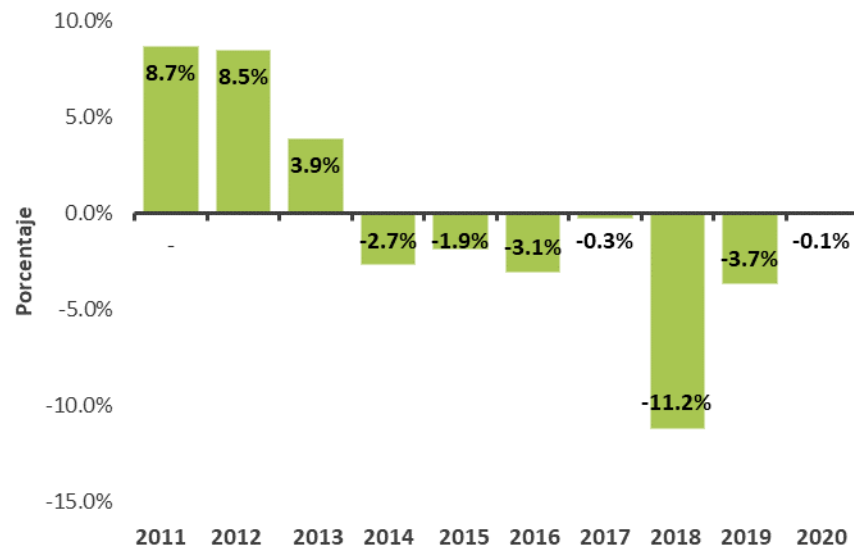
En 2018, el programa de Seguro Popular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud brindaba atención médica a 53,499,041 personas (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPS], 2019).

Dentro del presupuesto total, la SSA fue la institución que se vio mayormente reducida, mientras que en 2010 el monto ejercido fue del 23.4% del total para 2020 fue de 19.6%.

En la figura 4., se observan las variaciones del presupuesto de 2010 a 2020. En 2011 la variación en el presupuesto respecto al año anterior fue de 8.7%, en 2012 el 8.5% y 2013 el 3.9%. En términos reales, los recortes acumulados de 2013 a 2020 suman un total de \$34,787 mdp. A partir del 2013, se recorta el presupuesto en \$151 mdp (0.1%) respecto al presupuesto aprobado en 2019. El presupuesto aprobado de 2019 a 2020 pasa de \$128,740 mdp a \$128,589 mdp.

Figura 4.

Variaciones porcentuales al presupuesto de SSa 2010 – 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

2.4 Gasto per cápita en salud por subsistema

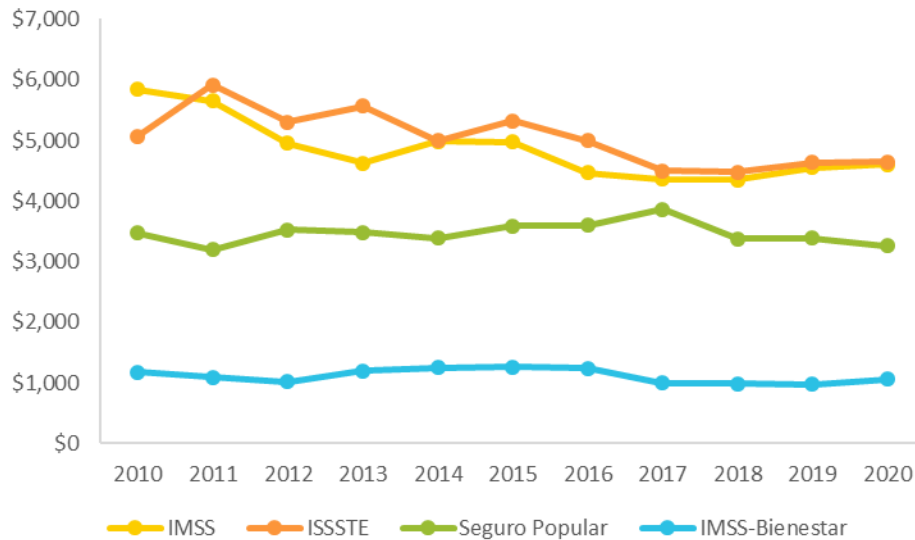
Examinar la evolución del gasto per cápita permite conocer la tendencia del gasto disponible por persona, midiendo los recursos a los que cada individuo tendrá acceso. La fórmula para calcular el gasto per cápita por subsistema es la siguiente:

$$Gasto_{per\acute{c}apita} = Gasto_{sistema} / Afiliados$$

De esta forma, el gasto per cápita aumentará cuando el gasto público aumente o cuando el número de personas que se encuentran afiliadas disminuya, y viceversa; el gasto per cápita disminuirá cuando el gasto público se reduzca o cuando el número de personas afiliadas aumente.

Figura 5.

Gasto per cápita por subsistema (sin Pemex) 2010 – 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Precios constantes 2020. Monto ejercido de 2010 a 2020. Cantidades aprobadas para 2019. Cifras propuestas en 2020.

La brecha del gasto per cápita (gpc) entre las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y a las instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social (Seguro Popular e IMSS-Bienestar) se redujo, debido a que el gpc se contrajo en todos los subsistemas.

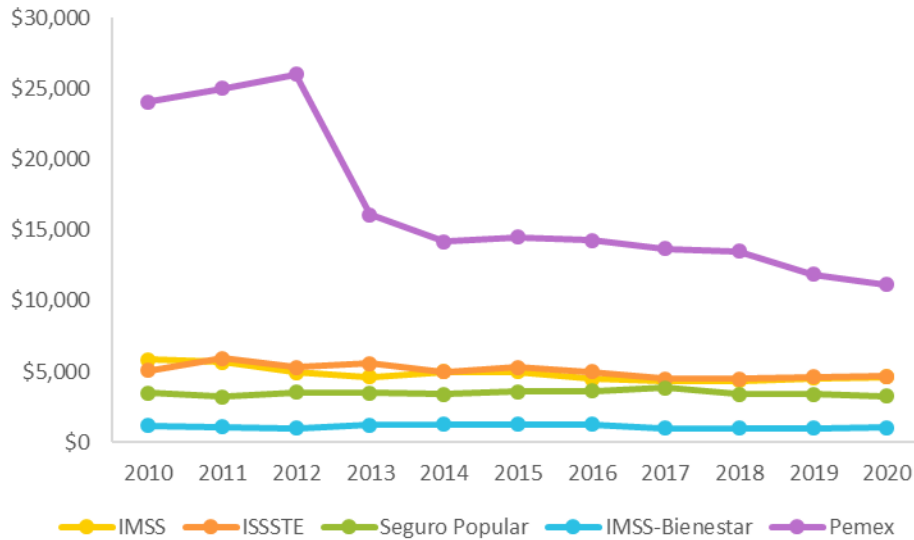
El IMSS redujo su gpc en un 18.1% pasando de \$5,614 en 2010 a \$4,600 en 2020. El ISSSTE paso de \$5,063 en 2010 a \$4,648 en 2020, reduciendo su gpc en un 8.2%.

La caída en el gpc de ambas instituciones de salud se debe a que, la población de derechohabientes aumento en mayor cantidad que el presupuesto destinado a ellas.

En el caso de Seguro Popular e IMSS-Bienestar, la reducción del gpc fue de 6.2% y 10.2%, respectivamente. El gpc del Seguro Popular pasó de \$3,472 en 2010 a \$3,258 en 2020. Para el IMSS Bienestar, el gpc pasó de \$1,180 en 2010 a \$1,060 en 2020. La caída del gpc se debió al aumento de la población beneficiaria y el recorte del presupuesto destinado a estos subsistemas de salud.

Figura 6.

Gasto per cápita por subsistema 2010 – 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Precios constantes 2020. Monto ejercido de 2010 a 2020. Cantidades aprobadas para 2019. Cifras propuestas en 2020. Los cálculos del gpc de Pemex incluye el presupuesto de Sedena y Semar, así como su población derechohabiente.

En la Figura 6., se nota como a pesar de que el gpc en Pemex fue el que mostró una reducción mayor en comparación con las otras instituciones, 53.7% menos, al pasar de \$24,054 en 2010 a \$11,131 en 2020, aún guarda una proporción considerable de 2 a 1 en comparación al gpc más alto de los demás subsistemas.

2.5 Composición del gasto público en salud

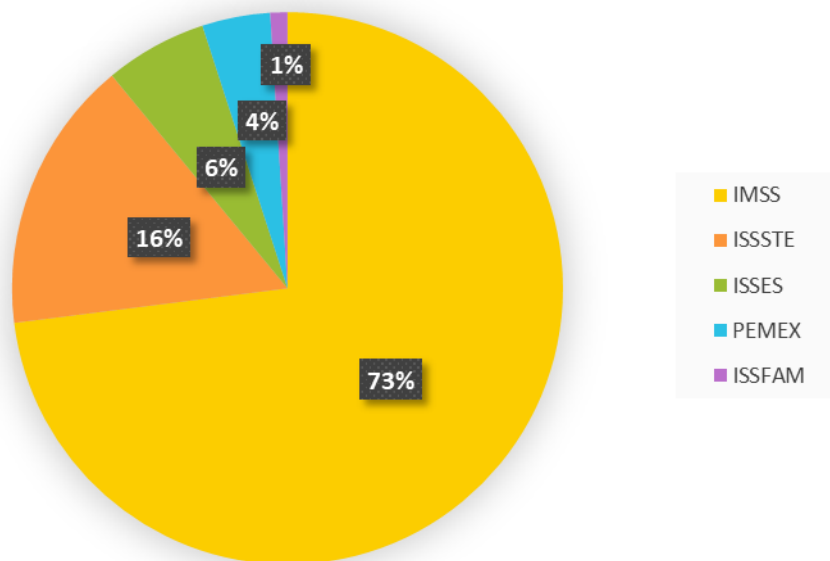
El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el INSABI¹⁰, la Secretaría de Salud

¹⁰ Cabe destacar que el programa de Seguro Popular representaba el proyecto de mayor gasto de la Secretaría de Salud y estuvo vigente del 2003 al 2019, año en el que desapareció como resultado de la reforma a la Ley General de Salud impulsada por el presidente Andrés Manuel López Obrador, y se reemplazó por el Instituto Nacional de Salud para el

(SSa) y los Servicios Estatales de Salud (SESA). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. Su financiamiento proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y de los empleados. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención. La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS (Seguro Popular de Salud) se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados; ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez, Sesma & Becerril, 2011).

Figura 7.

Estructura porcentual del Gasto Público en Salud (población con seguridad social por institución 2014-2018).



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud.

Bienestar (INSABI). Entre el 2014 y el 2018 el Seguro Popular atendía al 45.3% de la población total, que equivale en promedio a 55.8 millones de personas, de las cuales el 78.4% no tiene escolaridad o tiene la escolaridad básica, y el 69.6% se ubica en los cuatro deciles de ingreso más bajos (del I al IV) (CIEP, 2018)

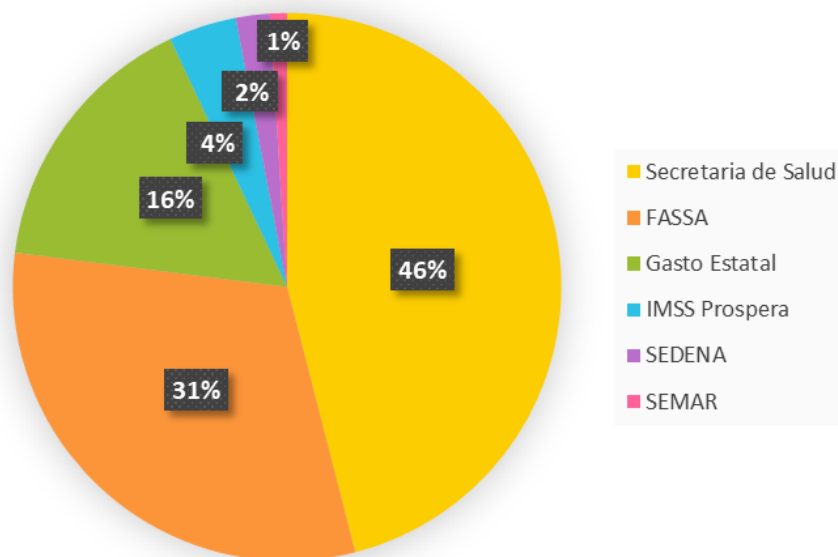
El IMSS ha sido la institución de salud pública número uno en percepción de gasto público, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del 2016, el 35.3% de la población total de 2016 estuvo afiliada al IMSS, eso justifica su participación mayoritaria en el gasto público en salud en la población afiliada.

En promedio, entre 2014 y 2018 el 52.6% del gasto público total estuvo destinado a instituciones que atienden a la población con seguridad social¹¹ y el 47.4% se asignó a programas e instituciones que reciben pacientes sin seguridad social¹² (Salud, 2020).

Para el mismo periodo, en el primer grupo de instituciones de salud, el IMSS registra el 72.6% del gasto público mientras que el ISSSTE (16.1%), ISSSES (6.1%), PEMEX (4.2%) e ISSFAM (1.0%) del gasto público en salud.

Figura 8.

Estructura porcentual del Gasto Publico en Salud en población sin seguridad social por institución 2014 -2018 (Participación por promedio)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud.

¹¹ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) e Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSSES).

¹² Secretaría de Salud, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), IMSS-Prospera, Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y Gasto Estatal en salud con recursos propios.

Por el otro lado, en la Figura 8., aparecen las instituciones que atienden a pacientes sin seguridad social, en el mismo periodo de tiempo de análisis muestran una participación menos densa, la Secretaria de Salud recibió un promedio de 45.7% del gasto público en salud, FASSA 31.0%, el Gasto Federal 15.7%, IMSS Prospera 4%, SEDENA 2% y SEMAR 1%.

CAPÍTULO III: LA AUTOMEDICACIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

“Los Medicamentos son venenos útiles utilizados racionalmente...”

- James Whyte Black.

La automedicación es la práctica mediante la cual la población reconoce por si misma sus enfermedades o síntomas y los trata con medicamentos disponibles sin prescripción médica. Como han manifestado un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea de Farmacias Comunitarias¹³, se ha observado una tendencia progresiva al uso de fármacos sin receta en condiciones de sobre – oferta. Esto se debe a que la población asume la responsabilidad de cuidar su salud y al impacto que ejercen los medios de comunicación sobre la automedicación. Sin embargo, esta tendencia al autocuidado debe estar acompañada de estrategias que permitan la diseminación de información sobre medidas que se deben tomar para disminuir el riesgo del desarrollo de las reacciones adversas de los medicamentos (Reinstein, 1991).

Algunos autores aseveran que la autoprescripción se convierte en el primer nivel de atención de cualquier comunidad y la destacan como un factor constituyente de la política sanitaria, validándola como una práctica útil para disminuir la alta demanda de los servicios de atención en salud, principalmente en las dolencias menores, que demandan en las Instituciones de salud un gran porcentaje de los recursos económicos y de la disponibilidad del personal, necesarios para la atención de enfermedades de mayor

¹³ Los informes de la Comisión Europea de Farmacias Comunitarias (1999) Telematics in community pharmacies for responsible self-medication y Project Programme. Promoting telematics for responsible self-medication in Latin American pharmacies, han observado el alza de los fármacos sin receta como consecuencia del autocuidado excesivo y las campañas en los medios de comunicación masiva.

gravedad y severidad. En los países desarrollados se ha fomentado a través de políticas y normas, la autoprescripción segura de medicamentos de venta libre como estrategia que beneficia los sistemas de salud, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad del servicio, aspecto que es respaldado por la declaración de Tokio de 1993 del papel del farmacéutico en los sistemas de salud, en el cual se establece que ésta (recomendación de medicamentos de venta libre) se puede desarrollar a través de un programa de Atención Farmacéutica, pero esto requiere de la existencia de personal idóneo, calificado y capacitado en las denominadas farmacias y droguerías. Es por este motivo que se hace necesario caracterizar las prácticas de automedicación como primer paso para identificar problemas relacionados con ella y a su vez proponer estrategias de intervención sustentadas en éstos resultados (López, Dennis & Moscoso, 2009).

3.1 Medicamentos de patente, genéricos y similares

Antes que nada, debemos de dejar en claro las diferencias existentes entre los medicamentos que tenemos en el mercado, existen medicamentos de patente, genéricos y similares, tal vez resulte trillado, pero son cosas completamente diferentes. Un medicamento está conformado por el fármaco (sustancia farmacológicamente activa con acciones en nuestro organismo) y por excipientes (sustancias inactivas que facilitan y mejoran las características de conservación, preparación y administración de los medicamentos). Por lo tanto, a primera vista, la diferencia radica en los excipientes, ya que, el fármaco es el mismo en los productos.

Pero, si contienen la misma sustancia activa, ¿Por qué existe diferencia de precios entre los medicamentos? Técnicamente, la diferencia de precios en un medicamento de patente radica en los trabajos de investigación que conllevaron a la realización de dicho medicamento, detrás del precio, tenemos costos de producción, investigación que involucra desde el desarrollo de una nueva molécula hasta estudios preclínicos y clínicos que garantizan la eficiencia y seguridad del nuevo medicamento.

Este proceso implica grandes inversiones para la industria farmacéutica por lo que surge la necesidad de proteger la investigación y desarrollo del nuevo medicamento mediante la concesión patentes, este derecho tiene una duración de 20 años, periodo durante el

cual el inventor tiene la exclusividad de fabricación y venta, una vez expirada esta patente, otros fabricantes pueden producir ese mismo medicamento surgiendo así los genéricos. Para obtener esta denominación el fabricante debe demostrar, mediante estudios de bioequivalencia¹⁴, que su medicamento es exactamente igual al de patente en cuanto a calidad, eficacia terapéutica y seguridad (Palacios, 2014).

Por lo tanto, el precio del medicamento genérico¹⁵ es menor al de patente, ya que no incluye los costos de investigación, pero sí los de las pruebas de bioequivalencia. ¿Y qué sucede con los medicamentos similares? Estos dicen contener la misma sustancia activa que los de patente, pero no se someten a estudios de biodisponibilidad, por lo que no existe evidencia de que actúen en el organismo de la misma forma que los originales, si bien su precio es mucho menor, no se puede asegurar que al consumirlos el paciente obtenga los mismos resultados que con los medicamentos de patente (Palacios, 2014).

3.2 La automedicación en el mundo

El uso irracional de medicamentos es una práctica que aumenta a nivel mundial.

La Dra. Aída Mejía, Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás, Hidalgo, menciona que en los últimos 10 años se ha dispuesto de más de 10,000 entidades farmacológicas (se ha triplicado la cantidad de medicamentos de venta al público). La Agencia Reguladora de Medicamentos en el mundo (FDA) describe que las consecuencias del mal uso de medicamentos o de productos inseguros es alarmante.

El fenómeno de la automedicación es un problema importante de salud pública en el mundo, su aumento se debe principalmente a factores económicos, políticos y culturales (Loyola, Lima-Costa & Uchoa, 2004).

¹⁴ La bioequivalencia permite demostrar que dos medicamentos que contengan el mismo principio activo, en la misma dosis, son similares en términos de calidad, eficacia y seguridad para el paciente receptor. (SERNAC, 2018)

¹⁵ Un medicamento genérico es un medicamento creado para ser igual a un medicamento de marca ya comercializado en cuanto a su dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Estas similitudes ayudan a demostrar la bioequivalencia, lo que significa que un medicamento genérico funciona de la misma manera y proporciona el mismo beneficio clínico que su versión de marca. U.S. Food & Drug.

Las poblaciones con restricciones de recursos sociales, económicos y educativos, cuentan con una mayor incidencia de la automedicación (Sherazi, Mahmoon, Amin, Zaka, Riaz & Javed, 2012).

En USA se refuerza la automedicación como una medida que salvaguarda al gobierno de políticas de salud y beneficia a las industrias farmacéuticas (Francis, Barnett & Denham, 2005).

En el año 2002 en Brasil, aproximadamente un tercio de las hospitalizaciones fueron causadas por la automedicación. La Fundación Oswaldo Cruz revelo que el 27% de las intoxicaciones y el 16% de los casos de muerte por intoxicaciones se dieron como consecuencia de la ingesta de medicamentos sin prescripción médica, los hospitales gastaron alrededor de entre 15%-20% de sus presupuestos (Silva de Aquino, 2008).

La problemática de la automedicación como fenómeno global ha sido de vital análisis alrededor del mundo, pero, en España, la preocupación es alarmante, por esta razón, la automedicación ha sido objeto de varios estudios epidemiológicos.

Vidal y Ortiz (2005), en su estudio descriptivo transversal realizado en España con 1,720 pacientes, evidenciaron en los 58 grupos familiares encuestados reportes de 811 cajas de medicamentos, de las que 457 eran automedicaciones y 354 por prescripción médica (la media de fármacos en el domicilio por familia era de 17.93 ± 8.33 , y la de automedicamentos de 10.14 ± 5.70 ; las medicaciones iniciadas fueron de 16.05 ± 7.47). Entre los medicamentos más frecuentemente consumidos se encontraron los analgésicos (93.1%) y los antiinflamatorios (87.9%).

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2001) la automedicación representó el 15% del consumo en medicamentos del Sistema Nacional de Salud y 8% del gasto público en medicamentos, solo la tercera parte de la población con enfermedades comunes acudió al médico. La encuesta realizada en el año 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2003) revela que el 53.4% de los ciudadanos españoles consumió fármacos, el 23.4% de hombres y 31.6% de mujeres había acudido al médico en las dos semanas anteriores a la encuesta y el 40% de la

automedicación se realizó con fármacos de prescripción (Ramírez, Larrubia, Escortell & Martínez, 2006).

Vacas, Castellá, Sánchez, Pujol, Pallarés & Balagué, (2009) realizaron un estudio descriptivo transversal en la población adulta mayor de España que incluyó 240 personas de más de 75 años. Entre sus resultados destaca que la frecuencia de automedicación fue del 31.2%, farmacológica en el 22.9% y de herboristería 15.4%. Los fármacos más utilizados para la automedicación fueron los analgésicos y los fármacos para el resfriado. La fuente más habitual para la adquisición de los medicamentos fue la farmacia. El 41.6% contenía fármacos fuera de la prescripción crónica y el 23.4% acumulaba más de tres cajas del mismo medicamento.

Jiménez y Hernández (2010), encontraron que los jubilados y los que tienen enfermedades crónicas muestran una probabilidad menor de automedicarse, si bien para los individuos que poseen un seguro privado no contratado la probabilidad de automedicarse es mayor para los usuarios del sistema público de salud.

Además, estar viudo y ser consumidor habitual de bebidas alcohólicas son también factores asociados a una mayor probabilidad de automedicación. Por otro lado, los individuos tienden a automedicarse menos a medida que tienen peor salud y envejecen. Puesto que los individuos suelen sufrir un mayor número de incapacidades conforme envejecen o su salud se deteriora, es de esperar que se automediquen menos ya que disfrutan de prescripciones sujetas a la enfermedad crónica que presenten.

Molinero, Carbajal de Lara, Cantalapiedra, Eguilleor, Gutiérrez, & Amador – Fernández (2020) calcularon la proporción de la demanda de antibióticos sin prescripción vía oral en farmacia comunitaria mediante un estudio llevado a cabo en España en donde participaron 365 farmacéuticos de 247 farmacias, que recibieron 1,172 demandas de antibióticos sin prescripción médica.

Los motivos más frecuentes fueron: el paciente ha utilizado el antibiótico antes para los mismos síntomas (63.1%), escasez de tiempo para acudir a consulta (12.1%) y el paciente cree que el médico le va a prescribir el antibiótico (4.9%).

Fueron solicitados más principios activos que marcas comerciales, existiendo pacientes que no especificaron un antibiótico concreto. Los antibióticos más solicitados fueron la amoxicilina (28.2%), amoxicilina/clavulánico (14.9%) y fosfomicina (21.8%), para supuestas infecciones respiratorias (35.1%), urinarias (28.1%) y odontógenas (20.2%).

Para continuar con el análisis del fenómeno de automedicación, de España nos trasladamos a Colombia, en donde Tobón (2002) realizó una investigación de corte transversal sobre la automedicación en la Universidad de Antioquia en donde el 97% de los encuestados reportó haberse automedicado, inclusive cuando el 88% de ellos reportó conocer el riesgo de esta práctica.

Buriticá, Giraldo, Franco, Cañas & Giraldo (2006), encontraron que la población universitaria tiene una tendencia alta a realizar conductas de automedicación, donde un 47% de los estudiantes de la Universidad de Caldas reportaron haberse automedicado en los últimos 30 días. Evidenciaron que del 47% de los estudiantes que reportaron haberse automedicado, el 68.6% lo efectuó con un solo medicamento, mientras que el 31.4% reportó haber utilizado dos o más. El 70% correspondió a medicamentos de venta libre. Encontraron que el 49% de los encuestados se automedicó por iniciativa propia; el 40%, por recomendación de un familiar o amigo; el 6%, por sugerencia de un farmacéutico y el 5%, por influencia de medios de comunicación.

López et al., (2009) realizaron un estudio en Bogotá en donde encontraron que la automedicación (27.3%) y la autoprescripción (7.7%), están asociadas directamente con la afiliación al Sistema de beneficiarios de la Seguridad Social en Salud. Los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos, antigripales y vitaminas. Los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa. Las principales razones que se mencionan para no asistir al médico son falta de tiempo y recursos económicos, además de otros argumentos como la percepción de que el problema es leve y la congestión en los servicios de urgencia.

Peñuela, Espriella, Escobar, Velázquez, Sánchez, Arango & Gómez (2002), de los 350 individuos encuestados, 194 (55.4%) no tenían prescripción médica para adquirir el(los) medicamento(s). La autoformulación se asoció a la pertenencia a estratos sociales bajos,

al no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El nivel de desconocimiento de los efectos indeseables de los medicamentos autoformulados fue alto en la población estudiada. El motivo de uso más frecuente fue por cefalea, seguido por otros dolores y entre los medicamentos más utilizados prevalecieron los antiinflamatorios y analgésicos, seguido por antigripales.

Trasladándonos a Argentina, el fenómeno de la automedicación en el país deja 60 personas muertas por día. El abuso en el consumo de medicamentos, especialmente de venta libre, provoca alrededor de 22 mil muertes por año en Argentina, a un promedio de una víctima cada 23 minutos, según las estimaciones de los colegios profesionales. Además, la automedicación es la segunda fuente de intoxicación después de las bebidas alcohólicas y mayor, incluso, que la cocaína (FARESTAIE, 2020).

El consumo descontrolado de paracetamol, aspirinas, ibuprofeno y viagra, entre otras sustancias, que se ha convertido en la “epidemia silenciosa”, tiene su costo para la salud pública, pues la mayoría de los intoxicados por medicamentos acude a los servicios de urgencia de los hospitales públicos financiados por los Estados nacional, provinciales o municipalidades (FARESTAIE, 2020).

La Fundación Comisión de Medicamentos (CONAMED) calculó que, por cada peso gastado en medicamentos, se destinan otros diez para neutralizar efectos colaterales posteriores, a causa de una medicación errónea o el consumo excesivo.

En Argentina, el mercado de venta libre ha tenido un crecimiento permanente durante la última década debido a la abundancia de campañas publicitarias, la venta en góndolas y las escasas regulaciones, acumuló 180,000,000 millones de unidades vendidas durante los doce meses comprendidos entre febrero de 2012 y febrero de 2013. Estas cifras de venta, indican que los argentinos consumieron en el período apuntado a un promedio de 500,000¹⁶ envases de medicamentos de venta libre por día (FARESTAIE, 2020).

¹⁶ Cantidades redondeadas para un mejor manejo de la información. La cantidad total es de 493,151 unidades vendidas de medicamentos de libre venta por día.

3.3 La automedicación en México

La automedicación constituye un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares de México. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto que puede ocasionar perjuicios al paciente que los ingiere (Strom, 2000).

Medir la automedicación en México se ha vuelto un problema de salud pública, ya que, no se tiene un verdadero orden o estadística por parte de organizaciones gubernamentales que nos ayuden a medir este problema. Dicha problemática comienza a generar presencia en los organismos privados como, la empresa Doctoralia con el informe titulado "La Automedicación en México 2019", dicho informe nos arroja datos crudos acerca de la automedicación en México y nos muestra una visión desde el punto de vista de los profesionales de la salud.

Del informe de Doctoralia podemos destacar que, el 86% de los mexicanos toma medicamentos sin prescripción médica para aliviar sus molestias, mientras que el 95% de la población es consciente de que automedicarse conlleva riesgos para la salud.

El estudio también reveló que el 65% de los profesionales de la salud de México han detectado en el último año un incremento de entre el 25% y el 50% en el número de pacientes que sufren dolencias a causa de la automedicación.

Mientras que el 94 % de los especialistas cree que, "con la llegada del internet y el acceso a la información, los pacientes se automedican más", por lo que se vuelve fundamental establecer nuevas estrategias de medicación por parte de los especialistas.

En su libro *The Misinformation Age: How False Beliefs Spread*, ("La era de la desinformación: cómo se propagan las creencias falsas", Yale University Press 2019), Cailin O'Connor y James Owen Weatherall argumentan que en las creencias de la gente hay algo peor que la ignorancia: estar activamente desinformadas y manipuladas.

Las principales razones por las que los mexicanos no se realizan un chequeo médico, de acuerdo con De las Heras Demotecnia, son falta de tiempo y de dinero con un 26%; mientras que 5% dijo que no tiene ánimo o lo evita por miedo.

De acuerdo al reporte de la Comisión Nacional de Evaluación (Coneval), publicado el pasado 8 de junio de 2018, la carencia de acceso a los servicios de salud en México es de 15.5% es decir, 19.1 millones de mexicanos no cuentan con acceso a ningún tipo de servicios de salud. El 55.8% de los mexicanos carecen de acceso a la seguridad social, lo que significa que 68.4 millones no cuentan con las prestaciones que brinda las instituciones de seguridad social como son la jubilación, incapacidad por enfermedad, incapacidad por maternidad, derecho a guarderías, entre otras (Ochoa, 2018).

México es uno de los países con mayor “gasto de bolsillo” en salud, debido a que, en promedio, los mexicanos gastan 41% de sus ingresos personales en salud, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017).

3.4 Caso de análisis

El 55.8% de los mexicanos no cuentan con acceso a la seguridad social, en nuestro país existe el 53.3% de pobreza, los mexicanos pagan directamente de su bolsillo un promedio de \$4,388¹⁷ pesos al año para tratar enfermedades y mantener su salud, cerca del 41% de sus ingresos personales se destinan a la salud, además de que los hogares destinan \$6 de cada \$10 pesos al consumo de bienes y servicios (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros [AMIS], 2020).

Para analizar el comportamiento de los consumidores en la elección de compra de los medicamentos se realizaron dos actividades.

La primera consistió en la elaboración de encuestas, en donde mediante el muestreo estratificado, se tomó una muestra aleatoria simple de 385 encuestados.

Para el cálculo de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Donde:

Z = Nivel de confianza (95% o 99%)

¹⁷ De acuerdo con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), los mexicanos pagan directamente de su bolsillo un promedio de \$4,388 pesos al año para tratar enfermedades y mantener su salud.

p = .5

c = Margen de error (0.04 = ±4)

Desde otra perspectiva, para un nivel confianza de 95%, la desviación media de 1.96, y un margen de error de 5%, a partir de lo que puede realizarse el siguiente cálculo:

$$n = (1.96 * .96 * 0.5 * 0.5) / (0.05 * 0.05) = 0.9604 / 0.0025 = 384.16$$

Las encuestas se realizaron con el objetivo de indagar sobre los hábitos de consumo de medicamentos sin prescripción médica de las personas, buscando relacionar las preguntas hacia conductas o comportamientos específicos de reacción ante la prevención y riesgo para poder evaluar que tanto las personas con cierta aversión al riesgo tienden a automedicarse. La segunda fue un ejercicio observacional dirigido al mercado de medicamentos similares y genéricos en donde me encargue de visitar 20 farmacias¹⁸ distribuidas entre el sur de la CDMX y Cuernavaca para observar cómo es que los consumidores compran sus medicamentos y la participación que juegan los vendedores de medicamentos en esa elección.

3.4.1 Resultados

Tabla 1.

Rangos de edades de los encuestados.

Edad	Encuestados	Porcentaje (%)
18 años - 29 años	335	87%
30 años - 41 años	27	7%
42 años - 53 años	11	3%
54 años - 65 años	12	3%
Total	385	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta, el rango con mayor participación es de 18 años – 29 años con un 87% del total, mientras que, los rangos de 42 años – 53 años y 54 años – 65 años forman el 3% cada uno del total de los encuestados.

¹⁸ La elección de las farmacias en análisis fue de manera aleatoria, destacando su ubicación sobre avenidas principales, cerca de fuentes generadoras de flujo como escuelas, parques y densidad poblacional de la zona.

Tabla 2.*Género de los encuestados.*

Género	Encuestados	Porcentaje (%)
Femenino	247	64%
Masculino	118	31%
No responde	20	5%
Total	385	100%

Tabla 3.*Último grado académico cursado por los encuestados.*

Escolaridad	Encuestados	Porcentaje (%)
Educación básica	15	4%
Media Superior	115	30%
Licenciatura	234	61%
Maestría	19	5%
Doctorado	2	1%
Total	385	100%

Fuente: Elaboración propia.

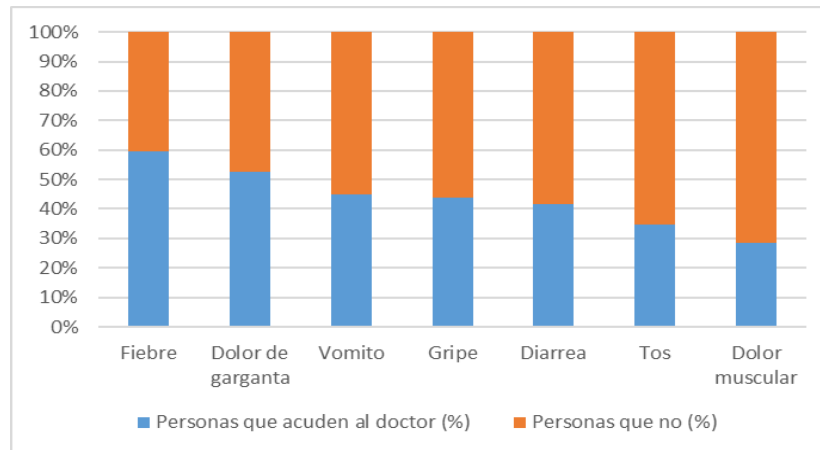
Solo el 8% de los encuestados padecen de una enfermedad crónica, entre las que podemos destacar, hipertensión, diabetes, escoliosis, gastritis, colitis y alergias. El 80% de los encuestados tienen doctor de cabecera, al cual acuden por cualquier molestia o inconveniente relacionado a su salud.

Después de conocer las características de los encuestados, como edad, sexo, estado civil, grado académico, enfermedades crónicas y si tienen a su médico de cabecera con el que acuden ante cualquier enfermedad, la pregunta más importante llego, en donde se cuestionó si saben los riesgos para la salud con la automedicación, el 87% de los encuestados respondieron que si mientras que el 13% dicen que no conocen los riesgos de la automedicación. Pero comienzan a hacerse evidentes los sesgos de racionalidad en cuanto aun sabiendo los riesgos que conlleva la automedicación, el 89% de los encuestados confesaron haber tomado alguna vez medicamentos sin contar con prescripción médica. Solo el 56% de los encuestados ha acudido a chequeos rutinarios para conocer cómo se encuentra de salud.

La mayoría de los seres humanos prefieren las cosas lo más rápido posibles, y en el caso de las enfermedades, se acude al autocuidado para acelerar el proceso de sanación o sentido de bienestar y el acudir al doctor solo se traslada en situaciones en donde ya hay mucho dolor en lugar de ir desde el principio del malestar.

Figura 9.

¿Por qué enfermedades acudes al doctor?



Fuente: Elaboración propia.

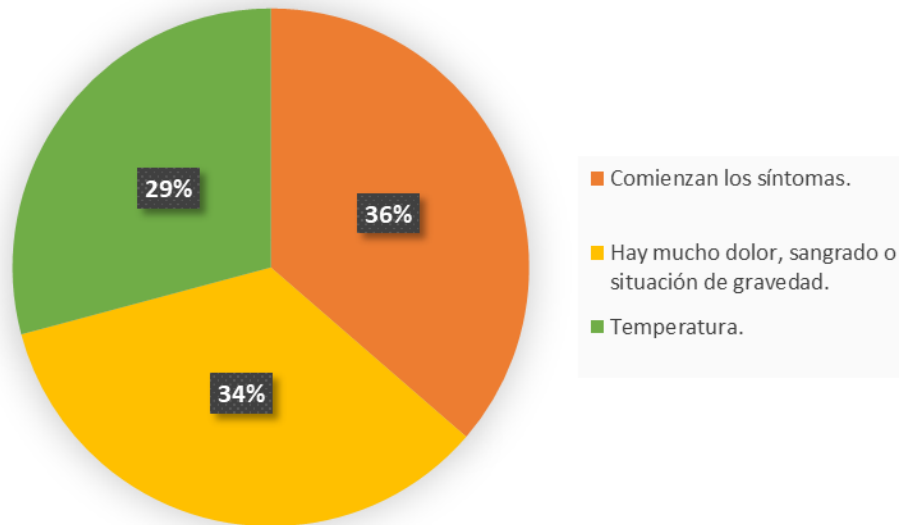
El 59% de los encuestados dice acudir al doctor con fiebre, que, en el sistema inmunológico es una de las principales reacciones cuando se presenta una infección viral o bacteriana. Las infecciones causan la mayoría de las fiebres. Tiene fiebre porque su cuerpo está tratando de matar el virus o las bacterias que causaron la infección. La mayoría de estas bacterias y virus sobreviven bien cuando su cuerpo está a su temperatura normal. Pero si tiene fiebre, es más difícil para ellos sobrevivir. La fiebre también activa el sistema inmunitario de su cuerpo. (MedlinePlus, 2020) El 41% van al médico por diarrea; el 45% por vómito; el 28% por dolor muscular; el 53% por dolor de garganta; el 34% si tienen tos y el 44% por gripa.¹⁹

Ahora bien, en la obtención de los resultados era de vital importancia conocer en qué situación acuden los encuestados al médico, los resultados fueron:

¹⁹ Para la obtención de los porcentajes se tomó como el 100% las 385 respuestas para cada enfermedad o síntoma mencionado como opción dentro de la encuesta.

Figura 10.

¿Cuándo acudes al doctor?

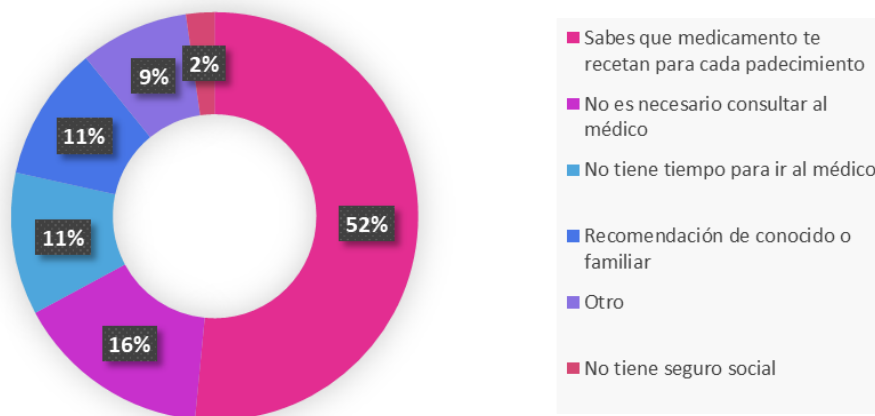


Fuente: Elaboración propia.

El 36% de los encuestados acuden al médico cuando inician los síntomas, el 29% cuando tienen temperatura y el 34% acuden al médico cuando hay mucho dolor, sangrado o una situación de gravedad.

Figura 11.

Razones por las que los encuestados toman medicamentos sin prescripción médica.



Fuente: Elaboración propia.

El 52% de los encuestados mencionan que toma medicamentos sin prescripción médica debido a que saben que medicamento les recetan por cada padecimiento; el 16% no cree que siempre sea necesario acudir al médico; el 11% argumenta que no tiene tiempo para ir al médico; el 11% se automedica por recomendación de un conocido o familiar; el 9% menciona la opción de otro, que, al revisar sus respuestas, se debe a que ellos o sus familiares eran doctores o tenían una educación afín a las ciencias de la salud y solo el 2% no cuenta con seguro social.

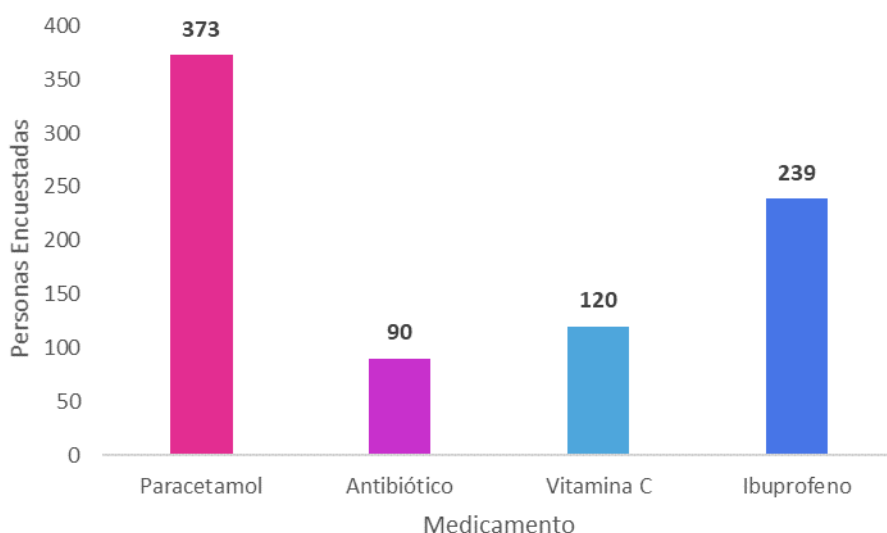
El 96 % de los especialistas de salud cree que hay pacientes "que podrían haber tenido un diagnóstico oportuno y más temprano" si no se hubieran automedicado antes de acudir a su consulta (AgenciaEFE, 2019).

"La efectividad de los medicamentos obedece al uso correcto de los mismos, por lo que es necesario que se consulte a un especialista para que el medicamento surta efecto, pues cada paciente es distinto, y su cuerpo tiene necesidades diferentes", Edgar Esparza (Doctoralia, 2019).

Los medicamentos que los encuestados toman previo a una consulta médica son: paracetamol, ibuprofeno, vitamina C y antibióticos.

Figura 12.

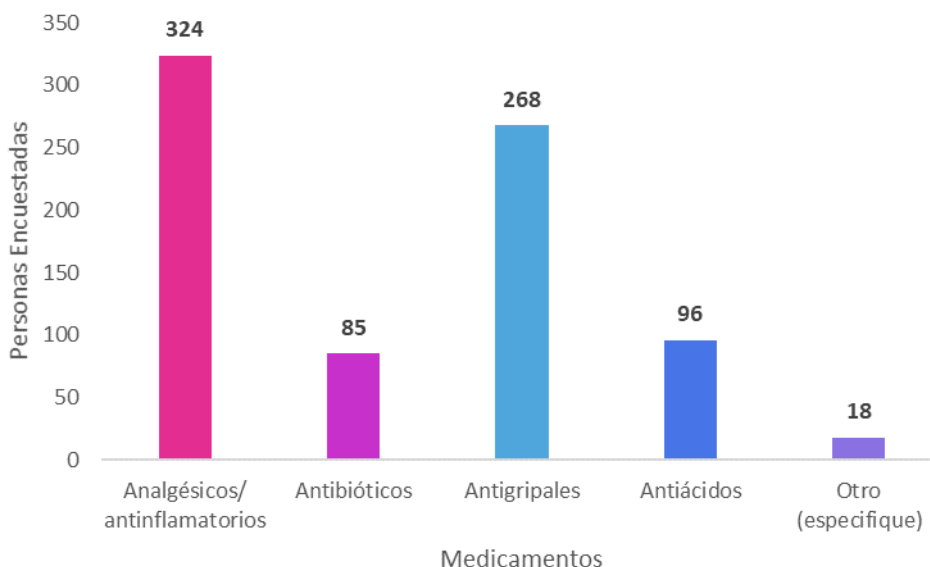
Medicamentos que consumen los encuestados antes de ir al doctor.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 13.

Medicamentos consumidos con mayor frecuencia sin prescripción médica.



Fuente: Elaboración propia.

Entre los medicamentos consumidos con mayor frecuencia sin prescripción médica el que se lleva el primer lugar son los analgésicos/antiinflamatorios (67%), los antigripales (55%), antiácidos (20%), antibióticos (17%) y otros (4%).²⁰ En otros, los encuestados respondieron que toman Ibuprofeno, Losartan, vitaminas y calcio.

Desgraciadamente en nuestro país, la automedicación es más que inevitable, no solo por desidia por parte de nosotros mismos, sino también, influye nuestro entorno social, la familia, amigos que nos dicen *“tómame esta pastilla porque a mí me funciona”*, o en situaciones más graves porque como trabajadores informales no cuentan con un seguro que los proteja, también cabe mencionar que hay trabajos en los cuales las condiciones laborales no los deja enfermarse ya que los descuentos van de uno o dos días dependiendo la ausencia que cause dicha enfermedad; en un país en donde enfermarse es un lujo por lo caro de las consultas, las malas condiciones laborales ante esta

²⁰ Para la obtención de los porcentajes se tomó como el 100% las 385 respuestas para cada medicamento como opción dentro de la encuesta.

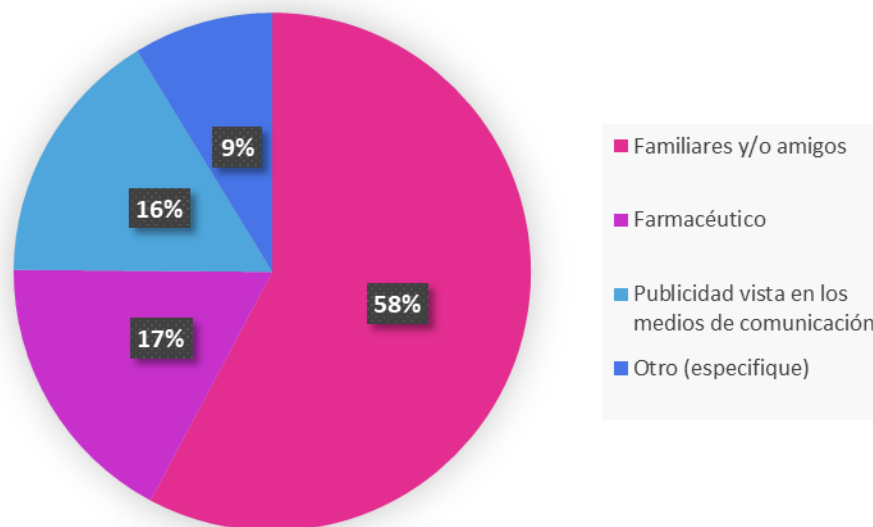
situación, más la falta de un sector de salud eficiente, automedicarse se convierte en la opción menos peor de entre todos males.

México es un país de tradiciones y muchas leyendas se pasan de voz en voz de generación en generación, al igual que los conocimientos milenarios de la medicina herbal, pero, actualmente estamos pasado por una etapa en la que más allá de un conocimiento lo que se comparte es la experiencia, y para el caso de la automedicación, los medicamentos que se comparten solo porque al primo del amigo le funciono, comienza a tener más peso que lo que te recete un médico profesional.

Llegada la hora de automedicarse, los encuestados confían más en la opinión de Familiares y/o amigos con el 58%, seguido de Farmacéutico o persona que te vende los medicamentos en la farmacia con un 17%, la publicidad 16% y otros 9%.²¹

Figura 14.

Recomendaciones sin prescripción médica.



Fuente: Elaboración propia.

²¹ El campo de otros tiene esa participación debido a que ellos mismos o un familiar pertenecen a carreras relacionadas a ciencia de la salud, en otros casos se mencionaba que se automedicaban buscando sus síntomas en google o que acudían a citas médicas por internet.

Las pérdidas pesan más que las ganancias. Esta asimetría en la fuerza de las expectativas o las experiencias positivas y las negativas tiene un contexto evolutivo. Según la teoría de las perspectivas de Amos y Kahneman, los organismos que responden a las amenazas con más urgencia que a las oportunidades, tienen mejores oportunidades de sobrevivir y reproducirse.

Responder a las amenazas antes que a las oportunidades es un proceso evolutivo, pero, el mundo debería ser más que solo sobrevivir. Muchas veces el conflicto costo – beneficio a la toma de decisión entre automedicarse e ir al médico, en un principio, es sencilla de resolver, pero, ¿qué sucede si existe una complicación?

El 66 % de los profesionales han descubierto casos en los que con la automedicación se cubría una enfermedad más grave, el 59% una resistencia al medicamento, el 53% efectos secundarios dañinos, el 31% medicamentos que no sirven y el 31% intoxicaciones (AgenciaEFE, 2019).

Ahora, si bien es sabido que el sistema de salud mexicano no es eficiente y forma una de las principales causas por la cual el pueblo mexicano recurre a la automedicación, en mi encuesta quise saber con qué frecuencia los encuestados obtuvieron una cita (no urgencia) para ser tratados en instituciones públicas, los resultados fueron que, mayoritariamente, el 33% “A veces” logro conseguir una consulta; “Por lo regular” 24% y el 22% lo comparten el campo de “Nunca” y “Siempre”.

México invierte poco y mal en salud pública. Los mexicanos pagan de su bolsillo cantidades inmensas en atención médica y medicamentos, mientras el sistema público de salud gasta mal, sus servicios son de mala calidad y deja fuera a millones de personas (Pasillas & Zamírez, 2019).

Ante este mal balance, la idea de que servicios privados complementen a las instituciones públicas gana fuerza. Es el momento de hacerse la pregunta de si el gobierno debe ser el que preste los servicios de salud o sólo debe pagarlos, o si debe privatizar hospitales y no sólo subrogar, como hace ahora, sugiere Héctor Valle, de la consultora especializada IMS Health.

En cuestión de salud, la prevención siempre será algo importante, según la Organización Mundial de la Salud, existen varias pruebas rutinarias de salud que se deben efectuar independientemente de si se es hombre o mujer, con el fin de comprobar el buen estado de salud o de detectar alteraciones que pueden no presentar síntomas, pero que es conveniente comprobar (Restrepo, 2018).

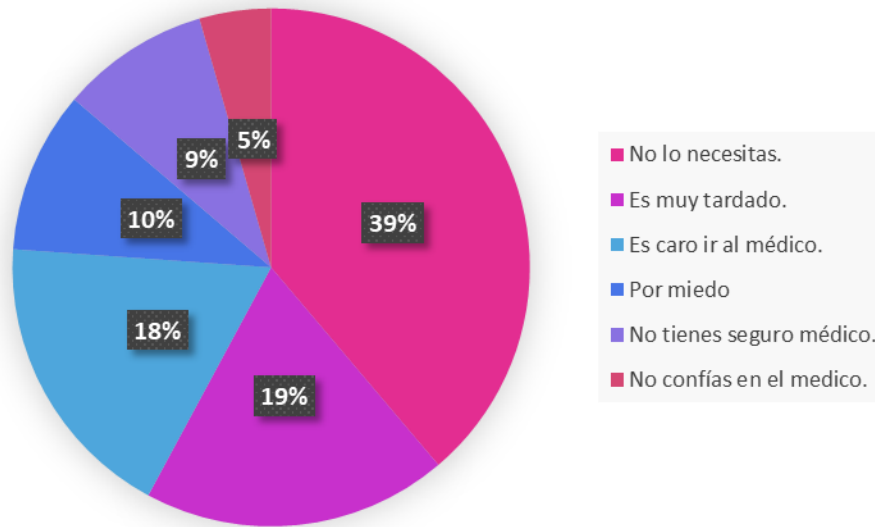
- Para la OMS, la frecuencia de los controles dependerá de la edad del paciente. Si se trata de un niño o adolescente, se deben realizar con mayor frecuencia (cada 3 a 5 meses) con el ideal de controlar su desarrollo. Los chequeos más significativos a esta edad son dentales, oftalmológicos, de nutrición y desarrollo.
- En el caso de adultos, de 20 a 35 años, los exámenes médicos deben realizarse de forma anual. A esta edad es vital iniciar una historia clínica, que incluya antecedentes de la niñez y la juventud. Medición de peso y altura, además de la presión arterial. Si es mujer, y ya ha iniciado su vida sexual, es importante comenzar las visitas periódicas al ginecólogo y estar pendiente de cualquier cambio en menstruación, mamas y genitales.
- De los 35 a 55 años, los cambios hormonales se hacen más evidentes, por estos motivos es importante brindarle atención a cualquier síntoma para evitar los riesgos de padecer cáncer. Se recomienda visitar al médico o especialista cada seis meses especialmente a los 50 años. Durante esta etapa, es recomendable hacerse una biometría hemática, examen de sangre, en el caso de las mujeres, realizarse una mamografía, Papanicolaou, ultrasonido pélvico y perfil hormonal.
- Por último, después de los 60 años, los exámenes se deberán realizar con mayor frecuencia, cada cuatro meses es lo ideal. Algunos de los más importantes: orina, placa de tórax y electrocardiograma, al igual que monitorear los niveles de azúcar en la sangre cada seis meses.

Claro, estas recomendaciones de chequeos rutinarios son una guía práctica por edad y sexo, pero en la realidad, no sucede de esa manera, para la mayoría de los encuestados, no acuden a un chequeo rutinario y peor aún, no van porque no creen que lo necesiten.

Por más de que organizaciones internacionales nos exhorten a un chequeo médico rutinario cada 6 meses o un año, la realidad es muy diferente.

Figura 15.

Razones por las que los encuestados no acuden a realizarse un chequeo médico rutinario.



Fuente: Elaboración propia.

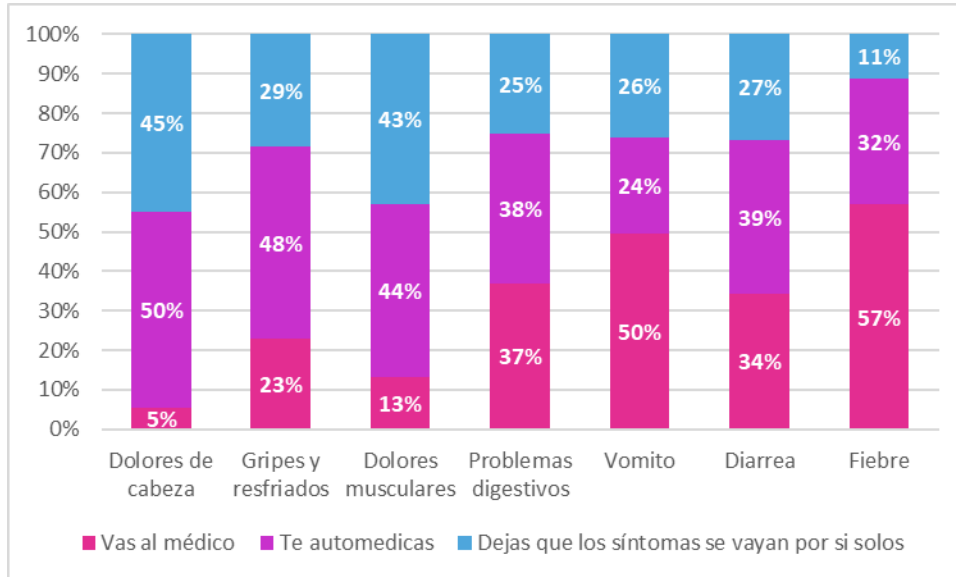
El 39% no se realiza un chequeo de rutina porque cree que no lo necesita, el 19% porque es muy tardado, el 18% porque es caro ir al médico, el 10% por miedo a que en la visita “general” termines siendo diagnosticado con algo peor por lo que acudiste al médico, el 9% porque no cuenta con seguro médico y el 5% restante no confía en el medico.

Si bien es sabido que las experiencias negativas nos hacen tachar de inmediato las posibilidades de regreso a algún lugar, lamentablemente, el hecho de desconfianza médica, aunque sea muy baja la cantidad, se hace presente.

La siguiente pregunta se basó en los síntomas o enfermedad que enliste ante los cuales debía de responder: 1 si vas al médico; 2 si tomas medicamento sin prescripción médica o 3 si dejas que los síntomas se vayan por si solos.

Figura 16.

Preferencia de los encuestados a ir al médico, automedicarse o dejar que los síntomas se vayan por si solos de enfermedades enlistadas.



Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en la Figura 12. El grueso de los encuestados prefiere automedicarse o que los síntomas pasen por si solos antes de ir al médico.

Las enfermedades fueron enlistadas de menor a mayor riesgo de salud, siendo dolor de cabeza un síntoma de menor riesgo hasta fiebre que es el mayor, no se minimiza el riesgo ante cualquier enfermedad, pero según el Dr. Antonio Fregoso corremos más peligro automedicandonos en esa escala.

Partiendo de esa idea podemos analizar más íntimamente las respuestas de los encuestados, los cuales acuden al médico por problemas como fiebre 57% o vómito 50%, mientras que prefieren automedicarse por dolores de cabeza en un 50%, gripes o resfriados 48%, dolores musculares 44%, problemas digestivos 38% y diarrea 39%; y dejan que los síntomas se vayan por si solos (en menor medida que la automedicación) dolores de cabeza 45% y dolores musculares 43%.

“En promedio, si por la automedicación el paciente termina en una complicación como alergia o encubrimiento del real padecimiento, estaría destinando al tema de salud cerca del triple o cuádruple del costo total inicial que le destinaría si desde un principio acudiera a una consulta médica con un profesional certificado”, menciona el Dr. Fregoso.

Aunado a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que, los costos asociados a las reacciones adversas de los medicamentos, por ejemplo, en relación con la hospitalización, la cirugía y la pérdida de productividad, sobrepasan el costo de los medicamentos en sí. El organismo es enfático: el 60% de estas reacciones es evitable en los pacientes, si estos evitaran automedicarse.

Los mexicanos tenemos la fama de dejar todo al final, y nuestra salud no es un tema exento de ello, por esta razón, quise medir mediante algunas preguntas, el nivel de autocuidado que tenemos cuando nos enfermamos, por ejemplo, si cuando se enferman terminan su tratamiento, si toman sus medicamentos en tiempo y forma, si se realizan chequeos médicos, etc.; por otro lado quería ver cuál es la participación de la publicidad en la toma de decisión de los consumidores al comprar un medicamento, si influye en su decisión de compra la forma en la que se exhiben los medicamentos y la participación de un empleado de la farmacia que les recomiende un medicamento, etc.

Las malas costumbres de dejar el medicamento a medias es algo que todos hemos hecho, desde el momento que nos comenzamos a sentir bien, dejamos el medicamento porque ya estamos “sanos” y no creemos necesario el hecho de continuar con el tratamiento. En mi vida personal, mi doctor que cabecera sabía que, es muy raro que me enferme, pero cuando lo hago, pareciera que todo lo que no me enferme en un año, me enfermo en esa instancia. Había veces que, por falta de cuidado, me llegaba a enfermar dos o tres veces al año y en una de esas veces que tenía infección de garganta, descubrimos que, si me recetaba el mismo antibiótico que la enfermedad pasada, el antibiótico no tenía el mismo efecto que la primera vez que lo tomaba, mi recuperación era más lenta y, por ende, gastaba más en medicamentos. Esto se le hizo muy raro a mi doctor, ya que, generar resistencia es posible pero no se genera tan rápido, me mando a hacer estudios y lo que descubrimos fue que si, efectivamente, mi sistema

inmunológico reaccionaba más rápido que de costumbre y que, genero inmunidad más rápidamente por mi tipo de sangre. Por esta razón mi medicamento tenía que ser saltado, es decir, una enfermedad me recetaba unos medicamentos y otra enfermedad otros y así sucesivamente para “no acostumbrar” a mi sistema inmunológico al medicamento que me receten. Ante esta situación, quise hacer hincapié en la encuesta sobre el tema del autocuidado y los medicamentos que utilizamos.

Mi preocupación más alarmante fue cuando leí esto: La OMS (2017) sostiene que, en 1938, la penicilina (primer antibiótico en el mercado) destruyó el 85% de las cepas de bacterias. Hoy, este porcentaje es resistente a microorganismos como el estafilococo.

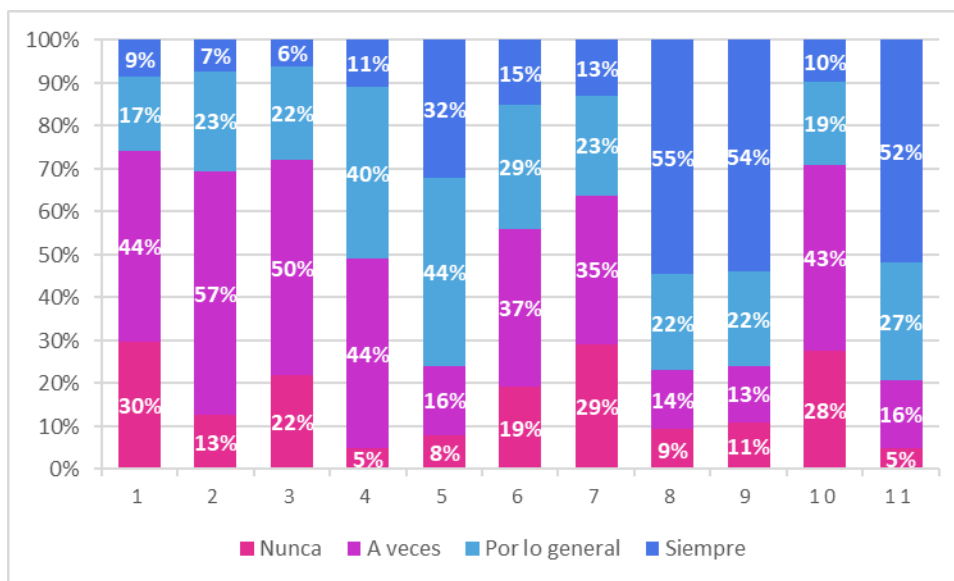
Si bien, mi caso puede ser aislado, la realidad refleja que desde el invento de la penicilina no se han creado nuevos antibióticos, sino que son creados de las mismas ramificaciones de la penicilina, por lo tanto, nuestra mayor arma es la penicilina. Pero... ¿Qué sucede si nuestra mejor arma, que en sus inicios destruyo el 85% de las cepas bacterianas hoy ya no funcionan contra estas cepas? La respuesta es la muerte.

Al no existir un medicamento que pueda ayudar a matar las nuevas mutaciones de los virus y bacterias, será cuestión de tiempo en el que las complicaciones de las enfermedades que hoy en día son “normales”, quizás en un futuro, sin la invención de nuevos medicamentos, sea una de las causas principales de muerte.

"Hay un informe que encargó el gobierno británico en el 2014, que hacía una estimación, y dijo que en 2050 la resistencia podría causar 10 millones de muertes al año en Europa y que, en los próximos 30 años, 300 millones de personas podría morir de forma prematura como consecuencia de esa resistencia". Quien habla es la directora de la Agencia Española de Medicamentos, María Jesús Lamas.

Figura 17.

Postura de los encuestados ante la automedicación y autocuidado.



Fuente: Elaboración propia.

Notas:

- 1 ¿Te haces un chequeo médico de rutina?
- 2 En los últimos 12 meses, ¿has tomado medicación sin prescripción médica?
- 3 En los últimos 6 meses, ¿has tomado medicación sin prescripción médica?
- 4 Tus amigos y/o familiares, ¿han consumido medicamentos sin receta?
- 5 Después de consumir medicamentos sin receta, ¿obtuviste el efecto deseado?
- 6 ¿Crees que la publicidad de medicamentos ayuda a decidir qué medicamento tomar?
- 7 Cuando has ido a la farmacia a adquirir un medicamento, ¿recibiste información por parte del farmacéutico?
- 8 ¿Crees que es importante que el farmacéutico brinde información sobre el medicamento que compras?
- 9 ¿Sueles leer las indicaciones de uso para tener en cuenta la dosificación o efectos adversos?
- 10 ¿Sueles aconsejarle a amigos o familiares el uso de un medicamento que te resultó efectivo?
- 11 La última vez que te enfermaste, ¿tomaste tu medicamento en el horario establecido?

Más del 50% de los encuestados respondió que, “siempre” toma el medicamento en el horario establecido que se le fue recetado cuando se enferma; suele leer las indicaciones de uso para saber la dosificación o efectos adversos de los medicamentos que consume y creen que es importante que las personas que trabajan en la farmacia les den una información sobre el medicamento.

Si los encuestados mencionan que es importante que las personas que trabajan en la farmacia es indispensable, el 29% de los encuestados “nunca” ha recibido información por parte del personal de las farmacias y en mi consideración, esto es correcto, ya que, no todas las personas que trabajan dentro de las farmacias como vendedores

necesariamente están capacitadas para dar una recomendación sobre el uso de los medicamentos. La mayoría del personal que nos atiende en las farmacias son vendedores y depende el laboratorio que le deje mejor comisión, es el laboratorio que más recomiendan o el que está en un sitio principal en las vitrinas al llegar a hacer la compra para que el consumidor se decida a comprar el medicamento perteneciente al laboratorio que mejor pague.

Por esta razón, al entrar a una farmacia vemos, en primera instancia todos los medicamentos correspondientes a su franquicia, si vamos a Farmacias Similares, en el mostrador tenemos y en el primer estante está repleto de todos los productos de marca Dr. Simi, llámese suplementos, vitaminas, productos de higiene personal, etc. Y cuando necesitas medicamentos lo buscan en la parte de atrás con el compuesto químico, lo mismo sucede en las Farmacias del Ahorro. Todo esto para incentivar el consumo de su marca. O, por ejemplo, las Farmacias Benavides, para el área de caja te separan por un caminito donde ponen cosas como papas, dulcería y otros pequeños productos para su compra de último momento. La colocación de mercancía son pensadas estratégicamente para que el consumidor compre más los artículos específicos que están dirigiéndose, no solo comprar el medicamento que buscas sino todo lo que se te antoje antes de pasar a las cajas a pagar, algo así como un Nudge.²²

El 5% confirman que sus amigos y/o familiares “nunca” han consumido medicamentos sin receta; el 44% “a veces”; el 40% “por lo general”; mientras que el 11% afirma que “siempre” sus amigos y/o familiares han consumido medicamentos sin receta. Solo el 28% de los encuestados “nunca” ha recomendado un medicamento que le haya resultado efectivo.

Al mencionar el papel de la publicidad en su decisión de compra de medicamentos, el 19% de los encuestados respondieron que “nunca” ha influido en su decisión de comprar

²² Un nudge, es cualquier aspecto de la arquitectura de las decisiones que modifica la conducta de las personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción ni cambiar de forma significativa sus incentivos económicos. (Sunstein & Thaler., 2017)

algún medicamento; el 37% “a veces”; el 29% “por lo general” y el 15% comento que “siempre” la publicidad había influido en su decisión de comprar algún medicamento.

Una incidencia en la automedicación tiene que ver con la publicidad de los medicamentos. La gente, después de observar los beneficios que se ofertan en la televisión, recurre a ellos sin consulta (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Cuando se trata de efectos deseados los encuestados respondieron que solo el 8% de ellos “nunca” ha obtenido el efecto deseado tras automedicarse; el 16% “a veces”; el 44% “por lo general” y 32% “siempre”, ante esta situación, podemos observar que el grueso de la población encuestada se inclina por los buenos resultados obtenidos tras consumir medicamentos sin receta médica.

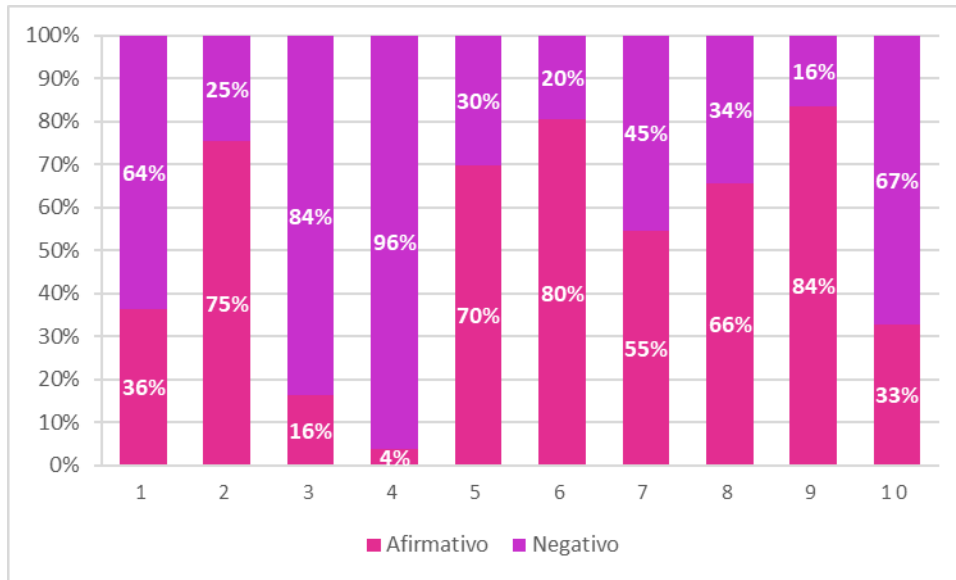
Más del 50% de los encuestados confirmo que “a veces” ha consumido medicamentos sin receta médica en los último 6 y 12 meses. Mientras que solo el 8% de los encuestados se realiza un chequeo médico de rutina.

Adentrarnos en las creencias típicas de las personas es un paradigma muy difícil de comprender, no desde el ámbito de entender por qué lo hacen sino en términos de intentar cambiar esa postura e ilustrarlos sobre el tema de que esa idea y/o creencia está mal y puede ser contraproducente para su salud.

Uno de los factores importante para que las personas se automediquen es la falta de conocimiento sobre el tema, las creencias básicas y tradicionales que nos han compartido de generación en generación no son siempre las mejores ni las más acercadas a la realidad de lo que creemos entender o saber del tema. En esta parte de la encuesta quise poner en análisis esos dichos populares que suelen decirse, esos mitos y verdades sobre la medicina. Los resultados fueron los siguientes:

Figura 18.

Mitos y verdades sobre la medicina.



Fuente: Elaboración propia.

Notas:

- 1 La gripa se cura con antibiótico.
- 2 Si el flujo nasal (moco) presenta una coloración verdosa, es infección.
- 3 Las vacunas causan que te enfermes.
- 4 Es mejor enfermarse que vacunarse.
- 5 Jengibre y propolio, antigripales de la naturaleza.
- 6 La vitamina C previene la gripe.
- 7 Si no te atiendes una infección en la garganta, la infección se va a tu estómago.
- 8 Si te enfermas, generas anticuerpos capaces de erradicar esa enfermedad de tu sistema inmunológico.
- 9 Las inyecciones son más eficaces que los comprimidos.
- 10 Los analgésicos son para todo tipo de dolores.

Diariamente, nuestras decisiones se pueden ver sesgadas por nuestra propia experiencia y forma de percibir el mundo, en la figura 18, se enlistan los mitos y verdades sobre la medicina, se tomaron las 10 creencias populares más significativas y a continuación, se explican y desmienten cada una de ellas.

Comencemos analizando uno de los mitos más controversiales, “La gripa se cura con antibiótico”. El 36% de los encuestados respondió que esta frase es “afirmativa” y el 74% dijo que es “negativa”. Este mito es completamente falso.

El uso de antibióticos para tratar la gripe es una de las máximas confusiones en torno a esta afección vírica. Al tratarse de una infección, en la que el paciente padece fiebre alta,

dolor de cabeza, malestar general, dolor muscular y articular, se ha vuelto habitual en muchos casos tomar antibióticos. Sin embargo, es un grave error (Clínica Universidad De Navarra, 2017).

“Los antibióticos no solo no están indicados, sino que pueden enmascarar otro tipo de problemas. Los síntomas de la gripe acabarán cediendo por sí solos”, apunta el Dr. José Javier Varo Cenarruzabeitia, director del Servicio de Urgencias de la Clínica Universidad de Navarra. Los antibióticos combaten las infecciones producidas por bacterias y no por virus. Tomarlos cuando se padece una gripe no solo no va a curarla, sino que puede crear en el paciente una resistencia al medicamento que lo volverá ineficaz cuando realmente sea necesario (Clínica Universidad De Navarra, 2017).

“Tomar antibióticos innecesariamente debilita su capacidad para combatir infecciones cuando estos sí son necesarios. Esto permite a las bacterias desarrollar resistencia a los antibióticos”, advierte la OMS en un comunicado publicado con motivo del Día Europeo para el Uso Prudente de Antibióticos.

La directora regional de la OMS para Europa, Zsuzsanna Jakab, recuerda que desde hace 70 años los antibióticos han permitido curar infecciones bacterianas que de otra forma habrían sido mortales, si bien denunció que actualmente en muchos casos se produce un uso indiscriminado de estos fármacos.

“Si el moco presenta una coloración verdosa, es porque hay infección”. Esta afirmación es cierta. El 75% de los encuestados tuvo razón, si la infección respiratoria es más potente, es posible encontrar mucosidad verdosa, un signo de que el sistema inmune se ha activado, tiñendo el moco de color verde y volviéndolo más espeso. Dicha coloración se debe a los glóbulos blancos muertos y otros productos de desecho, de forma similar a la mucosidad amarillenta (Méndez, 2018).

El 94% de los encuestados dijo que es mejor vacunarse que enfermarse, por más de que es una muestra pequeña en comparación de la población total mexicana, es triste ver que en pleno siglo XXI haya personas anti vacunas. Lo cual nos lleva a la siguiente pregunta, ¿las vacunas causan que te enfermes? El 16% de los encuestados contestó que sí y el 84% respondió que no. La realidad es que las vacunas, aunque están

diseñadas para proteger contra las enfermedades, pueden ocasionar efectos secundarios (reacción adversa), igual que cualquier medicamento (The College of Physicians of Philadelphia, 2018).

La mayoría de los efectos secundarios de la vacunación son leves, como malestar, hinchazón o enrojecimiento en el sitio de la inyección. A algunas vacunas se les asocia con fiebre, erupciones en la piel y dolor. Los efectos secundarios graves son poco comunes, pero pueden incluir reacciones alérgicas o convulsiones que ponen la vida en riesgo (The College of Physicians of Philadelphia, 2018).

El 70% de los encuestados opina que el jengibre y el propolio son antigripales de la naturaleza mientras que el 30% consideran que no lo son. No hay un documento científico en el cual abale esta suposición, pero, los creyentes en la medicina herbal consideran que si son antigripales naturales.

80% de los encuestados dijeron que la vitamina C previene la gripe mientras el 20% mencionaron no. En este caso lamento informar que la creencia popular es falsa. Aunque no está completamente probado, las dosis grandes de vitamina C pueden ayudar a reducir la duración de un resfriado. No protegen de contraerlo (Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, 2020).

¿Cuántas veces hemos escuchado esta frase? *“Si no te atiendes una infección de garganta, la infección se te va a pasar al estómago”*. Debo de confesar que esa frase la he escuchado desde pequeña; el 55% de los encuestados dicen que esta afirmación es cierta mientras que el 45% dice que no lo es. ¿Qué tan cierta es? Muy cierta. Se pueden producir complicaciones después de una infección de garganta por estreptococos. Esto puede pasar si la bacteria se propaga a otras partes del cuerpo (National Center for Immunization and Respiratory Diseases, 2018).

¿Si te enfermas, generas anticuerpos capaces de erradicar esa enfermedad? El 66% de los encuestados respondió “afirmativo” mientras que el 34% “negativo”. Este cuestionamiento es falso. Si nos enfermamos, creamos anticuerpos capaces de hacerle frente a una enfermedad la próxima vez que nos enfermemos, no se erradica la enfermedad para siempre. Manuel Escolar, Doctor en Medicina y Cirugía por la

Universidad de Navarra y especialista en Farmacología Clínica por el mismo centro, nos explica lo que sucede en nuestro sistema; los glóbulos blancos, conocidos también como leucocitos, se fabrican, almacenan y maduran en diferentes partes del cuerpo, como el timo, el bazo, la médula ósea o los ganglios linfáticos, entre otros. Estos glóbulos pueden ser de varios tipos y cada uno ataca al “enemigo” de una manera distinta, complementaria entre sí. En general, ante la presencia de sustancias desconocidas, los glóbulos blancos se desplazarán de manera coordinada a través de los vasos sanguíneos y linfáticos a la parte del cuerpo afectada con el fin de combatir la amenaza (Escolar, 2019).

En concreto, uno de estos tipos de glóbulos blancos fabrica anticuerpos específicos para combatir los antígenos. Una vez superada la infección, y cuando se produce un segundo contacto, nuestro sistema inmunitario es capaz de reconocer esos agentes que nos habían atacado con anterioridad. Esto se llama memoria inmunitaria: los glóbulos blancos que recuerdan ese patógeno en concreto producen más rápido, en más cantidad y de mejor calidad los anticuerpos específicos que se requieren; es decir, producen una especie de “supe anticuerpos”. De esta forma, si vuelve a presentarse el mismo agente infeccioso, estaremos preparados para combatirlo y nuestro sistema inmune dará una respuesta mucho más inmediata y eficaz (Escolar, 2019).

Hablando por mí, siempre he preferido las pastillas sobre las inyecciones, pero, cotidianamente he escuchado que son más eficientes las inyecciones que las pastillas, considero que hay una creencia generalizada de que la aplicación de medicamentos vía intramuscular es más efectiva que la vía oral; por lo tanto, las inyecciones serían más efectivas que ingerir pastillas, cápsulas o comprimidos. Entonces, ¿Qué es más eficiente, las inyecciones o pastillas? El 84% de los encuestados respondió que efectivamente, las inyecciones eran más eficientes que los comprimidos mientras que el 16% dijo que no.

El doctor Juan Toral, médico de la Unidad de Asistencia de Telemedicina del Gobierno de Canarias, España, nos explica por qué este mito es falso.

“Es verdad que la gente está convencida de que si te inyectan un medicamento hace efecto mucho antes; en comparación con las pastillas, cápsulas o comprimidos. Sin embargo, esto es falso: la forma de administración no afecta a la hora de la distribución

de la molécula del fármaco ni de la vida media de actuación ni duración en el cuerpo” aseguró (Toral, 2020).

Para que el medicamento haga efecto, el fármaco tiene que distribuirse a las zonas donde debe actuar. Para eso tiene que unirse a una serie de proteínas que están en el torrente sanguíneo llamadas proteínas plasmáticas. Cuando el principio activo se une a estas proteínas, puede viajar a la parte de nuestro organismo afectado (Toral, 2020).

“Entre tomarlo vía oral o inyectado, no varía el grado de adherencia del fármaco a la proteína, por lo tanto, no existe diferencia significativa si se consume en pastilla o de manera intramuscular”, agregó (Toral, 2020).

El último mito más sonado es que los analgésicos sirven para todo tipo de dolores, si bien, los analgésicos son medicinas que reducen o alivian los dolores de cabeza, musculares, artríticos o muchos otros achaques, no todos los analgésicos sirven para todo tipo de dolor ya que, existen muchos tipos diferentes de analgésicos y cada uno tiene sus ventajas y riesgos. Algunos tipos de dolor responden mejor a determinadas medicinas que a otras. Además, cada persona puede tener una respuesta ligeramente distinta a un analgésico (Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, 2020).

Bajo este mismo planteamiento, el 33% de los encuestados respondió que consideraban que todos los analgésicos sirven para todos los dolores mientras que el 67% respondió que no todos los analgésicos sirven para todos los dolores.

Esta mecánica de afirmativo, negativo, nos muestra que, por más de que creamos saber que algo está correcto, no necesariamente es porque así lo sea, debido a que hemos escuchado una y otra vez varias de estas interrogantes e incógnitas, ya las damos por hecho en lugar de informarnos de una mejor manera.

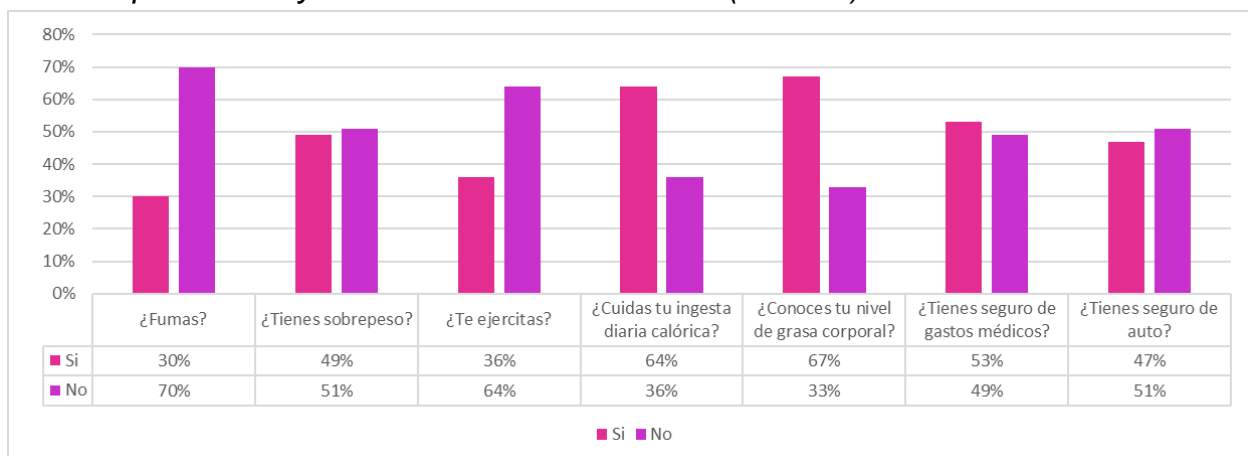
Lo más triste es que, creemos que sabemos sin saberlo y aun así lo recomendamos. Los conocimientos de medicina son fundamentados más por los dichos de boca en boca que por lo que un médico pueda recomendarnos.

La última sección de las preguntas se centró en medir los niveles de autocuidado y prevención de la salud de los encuestados, con preguntas simples sobre su consumo de comida chatarra, nutrición, nivel de riesgo que corren, prevención y ahorro.

Como primera parte, se separan hábitos que podrían considerarse normales dentro de lo establecido a la norma, como si fuman, si tienen sobrepeso, si conocen su nivel de grasa corporal, si cuentan con seguro de gastos médicos o seguro de auto con el fin de analizar qué tan preventivos son los participantes de la encuesta con el objetivo de analizar el comportamiento de la prevención y aversión al riesgo que presentan los encuestados. (Véase figura 19).

Figura 19.

Nivel de prevención y cuidado de los encuestados (Parte 1.)



Fuente: Elaboración propia.

El 51% de los encuestados no cuenta con seguro de auto y el 47% no cuenta con seguro de gastos médicos.

La Organización Panamericana de la Salud asegura que 44% de las personas que cuenta con un seguro social se automedica regularmente y la proporción se incrementa a 56% entre quienes no cuentan con esos servicios (OPS, 2013).

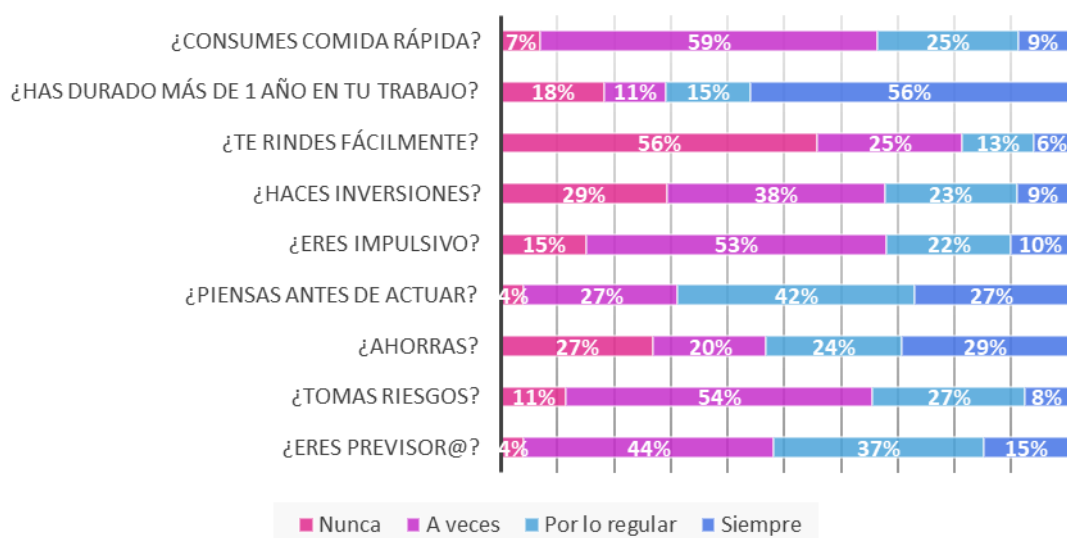
De acuerdo con el informe del INEGI (2019) se registraron 747 mil 784 defunciones, el 88.8% de estas muertes se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que 11.2% fueron por accidentes, homicidios y suicidios. La obesidad

causa la muerte de más de 200 mil muertes al año en México, de estas, más de 80 mil son por diabetes, y más de 100 mil por enfermedades cardiovasculares.

El principal factor relacionado a estas muertes es la alimentación proveniente de productos ultra procesados con exceso de azúcares, grasas, sodio y calorías. Se estima que alrededor del 30% de las calorías de la dieta de los mexicanos proviene de estos productos (Marrón, Tolentino, Hernández & Batis, 2018), siendo México el principal consumidor en América Latina (OPS/OMS, 2015).

Figura 20.

Nivel de prevención y cuidado de los encuestados (Parte 2)



Fuente: Elaboración propia.

Los hábitos alimenticios y comportamientos cotidianos son reflejo directo de cómo cuidamos nuestra salud, en términos de autocuidado, diariamente decidimos qué camino tomar, si nos cuidamos o no, porque estas prácticas desgastan nuestro sistema inmune (de manera lenta) pero con el tiempo se puede volver una enfermedad crónica.

La duración en el trabajo refleja mucho acerca de la estabilidad que puede tener una persona, compromiso y profesionalismo, en este 56% de los encuestados ha durado más de 1 año en su trabajo.

Cuestiono a los encuestados sobre si se rinden fácilmente, a lo cual el 56% respondió que nunca lo hacen, por el otro lado, el 6% lo hace siempre. El 8% respondió que siempre toma riesgos y el 11% que nunca lo hace, lo cual, nos deja el sesgo más amplio de un total de 81% distribuido en la media de por lo general y a veces.

La cultura de la prevención y el ahorro en México es muy baja, y el principal detonador son los bajos sueldos que no permiten generar un excedente que se destine al ahorro, sino que, todo se destina al consumo, en este rubro el 4% considera que nunca es previsor; el 44% a veces; el 37% por lo regular y 15% de los encuestados menciona que siempre es previsor. El 27% de los encuestados nunca ahorra; el 20% a veces; el 24% por lo regular y el 29% siempre ahorra.

La idea base de esta parte de la encuesta se centra en que, una persona que cuida su salud, conoce sus niveles de grasa corporal, no fuma, no tiene sobrepeso y se ejercita, tiene un buen autocuidado pero, por lo general, en personalidad suele ser más reservados, previsores y pensar antes de actuar, todo esto, planeado y pensado en un ambiente en el que se preocupa por su desarrollo tanto físico como mental pero también en su desarrollo profesional, lo cual, los resultados de la encuesta nos arroja un comportamiento completamente al revés de lo previsto.

Quizás el mundo utópico en donde los seres humanos somos racionales y cuidamos todos y cada uno de nuestros aspectos físicos y sociales solo existe en la teoría, la realidad es que, todos y cada uno de nosotros, por más de que tengamos comportamientos y características semejantes, veremos la realidad de maneras diferentes de acuerdo a nuestras tradiciones, costumbres, entorno social, nivel socioeconómico, etc., el comportamiento racional basado en decisiones completamente racionales no existe, por el otro lado, depende de nuestra perspectiva y nuestro punto de referencia del cual partimos ante cualquier toma de decisión.

3.4.2 La falacia de la oferta y la demanda

Los seres humanos denominados “homo sapiens” (hombre sabio), somos los únicos seres vivos capaces de desarrollar raciocinio, somos considerados una especie del mundo animal, porque compartimos el sentimiento de satisfacer distintas necesidades

fisiológicas como la necesidad de comer, dormir, evacuar desechos orgánicos y satisfacer los deseos sexuales.

Muchos estudios comprueban que, la satisfacción de necesidades fisiológicas no son la única semejanza que tenemos con los animales, por ejemplo: el naturista Konrad Lorenz descubrió que los ansarinos, al salir del huevo, se apegan al primer objeto en movimiento con el que se encuentran, generalmente suele ser su madre, pero, en este caso, Lorenz lo demostró porque en uno de sus experimentos, él fue lo primero que vieron las crías.

Con dicho experimento, Lorenz demostró que los ansarinos toman decisiones iniciales basándose en lo que encuentran en su entorno y se atienen a dicha decisión, a este comportamiento se le denomina impronta.

Dan Ariely relaciono este comportamiento descubierto por Lorenz a los precios de los productos que consumimos entorno a que si dichos precios causan un efecto a largo plazo en nuestra predisposición a pagar por el producto en lo sucesivo. Este fenómeno se conoce como ancla.²³

Para mostrar el efecto ancla y el fenómeno de la coherencia arbitraria en el mercado de medicamentos genéricos, se eligieron 20 farmacias distribuidas al sur de la ciudad de México y otras más en Cuernavaca, Morelos.

Cuando llegas a la farmacia de tu preferencia, existen dos ramas: patentes y genéricos. De ahí, surgen más eslabones, es decir, de las patentes existen diferentes medicamentos, diferentes precios, presentaciones, etc., lo mismo sucede en los genéricos, de esta forma el consumidor puede elegir entre una amplia gama de medicamentos de acuerdo a, principalmente, su nivel económico. Esto es realmente triste, pero, no me imagino a alguien que acudió a la consulta médica “gratuita” pagando por un medicamento de patente. Cabe señalar en este punto que, las consultas “medicas

²³ El anclaje (anchoring) es un sesgo cognitivo que describe la tendencia habitual de la gente a depender excesivamente de la primera información que recibe en un cierto tema (el “ancla”) a la hora de tomar decisiones. En los procesos de toma de decisión, el anclaje ocurre cuando los individuos usan una información inicial para hacer decisiones posteriores. Una vez que el ancla ha sido establecida, el resto de información se procesa relativa al ancla, y hay una tendencia a permanecer cerca de ella. Por ejemplo, el precio inicial ofrecido por un coche de segunda mano establece el estándar para el resto de negociaciones, de tal manera que precios más bajos que el inicial parecen más razonables incluso si son más altos que lo que el coche vale en realidad.

gratuitas” tienen un soporte contra algún problema resultante por una mala prescripción médica otorgada al paciente que acude a ella, es decir, están legalmente protegidos ante una inconsistencia o problemática que se pueda desarrollar por un mal diagnóstico del tratamiento recetado a seguir, ya que, en el caso de las farmacias del ahorro y similares, en la parte de arriba de la puerta de entrada de los consultorios, hay un letrero que dice “opción a consulta médica”, lo cual, los deslinda de alguna negligencia médica.

Ahora bien, ya tienes tu receta médica, sigue la compra del producto. En este punto, específicamente nos centraremos en los medicamentos genéricos²⁴, ya que, 8 de cada 10 medicamentos que se consumen en México son de esta clase (Rojas, 2017).

Tienes frente a ti, diferentes opciones de medicamento con el componente activo que te recetaron, ¿en que varían? Obviamente en el precio. Pero, este precio y su variación es de entre 5 – 10 pesos entre ambos. Al checar cada una de las opciones, la persona encargada de venderte el medicamento, de entrada, te va a recomendar el medicamento con el cual la farmacia tenga algún acuerdo comercial o el medicamento genérico con el nombre de marca de la farmacia a la que estés acudiendo, las otras opciones no te las muestran o simplemente no te explican nada sobre ellas. Estas variaciones de precios, se debe principalmente a dos cosas, la primera a que en la mente del consumidor se guarde la idea de que ese rango es el correcto y ante alguna fluctuación, no se le haga raro el aumento de este y segundo que el aumento de precios no se sienta en la mente, pero si en el bolsillo del consumidor, a esto se le conoce como coherencia arbitraria.

La idea básica de la coherencia arbitraria es que, aunque los precios iniciales sean “arbitrarios”, una vez que dichos precios se hayan establecido en nuestra mente configuraran no solo los precios actuales, sino también los futuros (y esto es lo que los hace coherentes) (Ariely, 2008).

Durante mi análisis, me quede observando un poco el comportamiento de las personas al realizar la compra de sus medicamentos, las personas que compraban genéricos,

²⁴ A 20 años de su llegada a nuestro país, los medicamentos genéricos cada vez muestran un mayor crecimiento en el mercado nacional y en la actualidad 8 de cada 10 medicamentos que se consumen en México son genéricos, así lo afirmó José Alberto Peña González, director de la empresa Marzam, dedicada a la distribución de fármacos en farmacias y cadenas regionales.

principalmente compraban los medicamentos que les ofrecía el farmacéutico que les vendía el medicamento, otros, preguntaban por la variación de precios entre los productos siendo que contienen el mismo activo fijo; pero, en general, hubo un comportamiento en específico que me llamo la atención, había clientes que pedían el genérico de su preferencia, al acercarme a platicar un poco con ellos, me transmitían que, como antes les había funcionado ese medicamento en contra la gripe, ellos seguían consumiéndolo. Incluso hubo una persona, Laura, que me comento que era el único que le hacía efecto, que había probado con otros medicamentos pero que nada le funcionaba como este (puso junto a su cara el medicamento mientras sonreía y abrazaba la caja del medicamento), que era de acción inmediata y que le cortaba la gripa en cuestión de horas. Al escuchar esto, una señora que iba a comprar el medicamento por recomendación del farmacéutico, cambio su decisión de compra por el que Laura había comprado, solo por escuchar como la hacía sentir.

Todo esto me llevo a entender que los precios por sí mismo no son un ancla, sino que, se convierten en anclas cuando consideramos la posibilidad de adquirir un producto o servicio a ese precio en concreto; es decir, no era el precio del medicamento lo que le importaba al consumidor, sino, como le hacía sentir mejoras en su salud dicho producto. Ahí es donde se produce la impronta. Desde ese momento estamos dispuestos a aceptar todo un abanico de precios; pero, al igual que ocurre con los medicamentos de gripa, volvemos siempre, como punto de referencia al ancla original. Así, el ancla inicial no solo influye en la decisión de compra inmediata, sino en muchas compras posteriores.

Ahora que sabemos que nos comportamos como ansarinos, es importante entender cómo es que nuestras primeras decisiones se pueden llegar a traducir como hábitos a largo plazo. ¿Qué hubiera pasado si más de una persona hubiera escuchado a Laura hablar de cómo el medicamento la hacía sentir? Quizás, por su euforia y emoción al hablar, no solo la señora que cambio repentinamente su decisión de compra, hubiera actuado de esa manera.

Imaginemos que en la fila de compra se hubiera pasado de boca en boca el sentir de Laura, o más personas hayan escuchado hablar a Laura en ese momento y que

estuvieran enfermos de gripa, sintiéndose pésimo, ellos, hubieran comprado el producto que Laura compro solo por el comportamiento previo de Laura. Este comportamiento se le conoce en economía conductual como “gregarismo”, se da cuando presuponemos que algo es bueno (o malo) basándonos en el comportamiento previo de otras personas, y nuestras propias acciones siguen esa misma pauta. También existe el concepto de “auto gregarismo”, este se da cuando creemos que algo es bueno (o malo) basándonos en nuestro propio comportamiento previo. (Ariely, 2008) En este caso, Laura es el claro ejemplo de auto gregarismo, ya que, por experiencias posteriores, ella es la que inicia todo.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

“Por fin empezamos a comprender que la irracionalidad es la verdadera mano invisible que guía la toma de decisiones”.

- Dan Ariely

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos de la encuesta más la información recolectada por la investigación la hipótesis alternativa se sostiene, al ser el factor económico junto con los aspectos económicos y sociales las principales causas de la automedicación.

En un principio se había establecido la idea de que, bajo el supuesto de que hoy en día el tema del autocuidado se hace más presente en los jóvenes, todos los encuestados al ser su mayoría perteneciente al rango de edad de 18 a 29 años de edad (74% de los encuestados) cuidan su salud física y mental, por lo tanto, piensan dos veces antes de recurrir a la automedicación o si piensan medicarse, lo hacen de la mano de un profesional pero, resultado que no fue en esa dirección, podemos considerar que la mayoría de los encuestados, sin distinción de edad, prefieren tener el beneficio inmediato sin pensar en las consecuencias del mañana, es decir, optan por una recompensa a corto plazo o “gratificación inmediata”; este sesgo maneja la toma de decisión más próxima a un beneficio inmediato.

En una sociedad en la que todo se mide en tiempo, dinero y espacio, no se me hace raro el hecho de que la gratificación inmediata se haga presente.

El efecto manada, se hace presente en la toma de decisión de la automedicación desde el momento en el que te funciona un medicamento y tú lo recomiendas, tu bienestar inmediato basado en la experiencia arroja una idea (quizás errónea) de que ese medicamento es el indicado para los síntomas que te están sucediendo siendo que puede ser completamente lo contrario. Recordemos el papel de Laura en el efecto

gregarismo que hizo que las personas formadas en la fila para acudir a consulta salieran de ella para comprar el medicamento milagroso que le corto sus síntomas inmediatamente.

Las contradicciones existentes en la encuesta, nos da la pauta para demostrar la falta de conocimiento sobre cosas que ya creemos saber, que, no ciertamente están en lo correcto. El hecho que los encuestados prefieran automedicarse que ir al médico habla mucho de la falta de criterio ante este problema.

El 52% de los encuestados recurren a la automedicación debido a que, creen saber que medicamentos les recetan con normalidad ante los síntomas que presentan. Esta situación nos muestra que los encuestados prefieren permanecer en status quo, es decir, continuar ejecutando una acción, aunque esto suponga desestimar una alternativa de mayor satisfacción. Aunque en esta situación, una mayor satisfacción tiene que ver directamente con el estado de salud.

Los encuestados actúan con la información y conocimiento que se dispone en el momento que, a su vez, viene estimulada por eventos recientes. Esta acción corresponde al sesgo de disponibilidad.

Si bien se supone que los seres humanos somos racionales, la realidad nos dice que es todo lo contrario, las personas tomamos decisiones solo de forma parcialmente racional por nuestras limitaciones cognitivas, de información y de tiempo. Simon dividió el proceso de toma de decisiones racionales en tres pasos: identificar las alternativas, analizar los posibles resultados y escoger la opción más eficiente.

Nunca podremos tomar la mejor decisión porque es prácticamente imposible poder determinar todas las posibles soluciones que podrían existir y sus consecuencias que conlleven. Para empezar, podemos no tener toda la información necesaria para la toma de la mejor decisión o por el otro lado, no disponer de tiempo de análisis, además de que nuestras propias capacidades mentales pueden, o no, limitar la capacidad de asimilar toda la información perteneciente a esta toma de decisión.

A estas limitaciones se le agregan otros factores que también afectan a nuestro juicio como las normas sociales, éticas, nuestro grupo social y la forma en la que percibimos la realidad (teoría de las perspectivas).

La decisión de automedicarse o no, depende de un cumulo de ideas y procesos que están en tu mente, quizás puedas pensar que estas siendo imparcial en la toma de decisión al analizar cualquier posible circunstancia que podría pasar, pero, la realidad, es que al final nos guiamos por nuestra interpretación de la realidad. Nuestra mente busca atajos (Sesgo de disponibilidad, aversión a la perdida, sesgo endogrupal, sesgo de confirmación, entre otros), patrones e incluso tiende a simplificar los problemas para hacerlos más accesibles a nuestro entendimiento. Estos y otros sesgos cognitivos alteran nuestro juicio y nuestra capacidad de análisis.

Es la forma que tenemos de lidiar con las decisiones a las que nos enfrentamos a diario para simplificar el proceso y responder más rápido. El coste en este caso es que no siempre actuamos de forma óptima. Somos parcialmente racionales porque contamos con sesgos cognitivos que lastran nuestra capacidad de análisis, un entorno cambiante y porque muchas veces ni siquiera contamos con todos los datos a nuestro alcance (ING, 2018).

La automedicación podría ayudarte a sentirte bien en un primer momento, pero si no es el medicamento que necesitas en ese momento, podría derivar en una enfermedad peor e incluso la muerte, así que, fomentemos el uso correcto de los medicamentos.

Al parecer intentar medir el comportamiento humano no solo se trata de mapear o intentar tomar un sentido a las “decisiones racionales” sino, es más bien es intentar localizar cuales son las decisiones que más se repiten y trabajar sobre esas repeticiones, dichas repeticiones más allá de una decisión tomada en el momento, son decisiones tomadas desde antes de que lo decidamos, se basan directamente en nuestras experiencias, rutinas y decisiones de compras que, sin darnos cuenta, ya tomamos incluso desde antes que compremos el producto que creemos que necesitamos en el momento.

Estos hechos repetitivos se van convirtiendo en nuestras marcas favoritas; no descarto que, habremos personas que nos fijamos en el precio e incluso, al elegir el papel de baño hacemos un análisis de las características correspondientes como metro por costo, etc., todo esto para hacer más racional nuestras decisiones y fijarnos en el precio de los productos, pero al final del día, la decisión de compra ya está fijada por nuestra rutina diaria de compra.

Para ser honestos, mis decisiones de compra al inicio de la quincena se basa más en marcas y antojos que tenga y al final de la quincena lo relaciono a costo-beneficio basándome únicamente en el precio y dejando de lado mis gustos y preferencias, esto es un comportamiento irracional desde el punto de vista tradicional pero es un comportamiento completamente racional desde el planteamiento de la teoría de las percepciones, ya que, depende de mi punto de referencia para la toma de decisión de compra de mis productos, entonces, ¿Qué delimita si nuestras decisiones son racionales o no lo son? Exactamente, no hay una respuesta correcta, sino que es un mundo de posibles decisiones que tomamos a diario y el proceso mental sería muy desgastante si toda decisión se analizara e incluso así, aunque lo hiciéramos, no podríamos medir todos los posibles eventos y consecuencias que podrían derivar de esa decisión, por lo tanto, decir que los seres humanos somos racionales es una pérdida de tiempo. Empecemos a aceptar que la racional en el humano es solo un punto máximo que no tenemos acceso, a nuestro modo, todos tomamos decisiones racionales dependiendo de nuestras perspectivas de las cosas, estilo de vida, experiencias, educación, cultura e incluso nuestro medio social influye en la toma de nuestras decisiones.

La automedicación es una costumbre arraigada en nuestra sociedad, y no nos automedicamos porque no sepamos los riesgos de ésta sino, más bien implican una serie de variaciones y relaciones que se basan principalmente por nuestra perspectiva y punto de referencia, influidas directamente por el nivel socioeconómico, sociocultural, educación, tradiciones y costumbres. Parece ser que a nuestra manera completamente individual, para todos y cada uno de nosotros el proceso mental de la toma de decisión ante la automedicación es un proceso completamente racional (aunque no sea la mejor

opción para los demás) en el momento en el que se toma la decisión de automedicarse solo se piensa en el beneficio inmediato, proponemos soluciones a corto plazo sin importar lo que pase después y está bien, lo mejor es sentirnos mejor para continuar con nuestra vida diaria sin preocuparnos por las contradicciones adversas.

La solución inmediata, que nos ahorre tiempo, dinero y espacio siempre será nuestra decisión más óptima, claro, el optimismo del ser humano siempre motivara nuestras respuestas ante un peligro o no nos permitirá ver todos los resultados y consecuencias de las decisiones que tomamos hoy, pero nos ayudan a ver un panorama más benéfico para nosotros y buscar el beneficio más adecuado para nosotros mismo es lo más racional que podemos hacer. Además, ¿Quién realmente se complica pensando en que algo malo puede pasar? Nadie. Aquí es donde entran las frases célebres del mexicano como “chin*ue su madre”, “de todos modos de algo me tengo que morir”, “x, somos chavos”, “la vida es para vivirla” o la favorita de todos “cu*o si no”; en fin, sea cual sea la razón por la que te motiva a tomar decisiones arriesgadas contra tu salud, al pensar que es tu mejor decisión para sentirte bien, se considera una decisión racional ya que buscar el mejor beneficio para ti, aunque pueda resultar contraproducente para tu salud.

La excusa perfecta que encontré para este comportamiento en mi investigación fue que, entre las peores decisiones siempre buscaras la menos peor, porque incluso entre lo malo comenzamos a buscar lo bueno y no porque esté bien o mal, sino porque son las únicas opciones a las que tenemos acceso.

Propuestas

La hipótesis de la investigación se centraba principalmente en el hecho de que las personas se automedican debido a ámbitos económicos y sociales, además de mencionar la participación de la publicidad en los medios de comunicación que nos dirigen a consumir tal o cual medicamento causando confusión; la investigación arrojo más participantes en esta decisión del consumidor, poniendo como eje central a las redes sociales como parte de la desviación perteneciente a su decisión de consumir un medicamento.

Por esta razón, propongo que se considere una “farmacia digital”, en donde los médicos podrán subir recetas electrónicas a una central de recetas, poniéndolas, de esta manera, al alcance y disposición de los proveedores a los que el paciente haya autorizado.

Esta medida, reduce las barreras de entrada, por lo tanto, permitiría la trazabilidad de las recetas y evitaría la falsificación de las mismas, además, ayudaría a promover la sana competencia.

Esta propuesta vendría de la mano con un reglamento que exigiría a las farmacias que informen en web los precios y características de los productos que ofrecen para que los usuarios puedan cotizar cómodamente los medicamentos que les recetaron previamente.

La falta de presupuesto ha mermado el desarrollo del sistema de salud pública en nuestro país, además de una mala planeación estratégica para los usuarios de dichas unidades médicas, por esta razón, propongo el desarrollo de un sistema de afiliación que sea determinado por la distancia y el tiempo que tarda en recorrer una persona al hospital de salud pública, no tanto por código postal, sino, por un modelo basado en isócronas que nos permita distribuir, de la mejor manera, a los afiliados sin saturar los hospitales logrando la optimización de tiempo por parte de los afiliados y por parte de los médicos y unidades médicas una optimización de tiempo, dinero y espacio, facilitando la rotación de los pacientes de una manera más oportuna.

La educación en México orientada al autocuidado es algo que nos falta mucho impulsar, ante esto considero que es primordial el hecho de fomentar el uso racional de los medicamentos, además de ir de la mano con una gestión oportuna del seguimiento fármaco-terapéutico con calidad y enfoque de riesgo (Tobón, Montoya & Orrego, 2018) como, por ejemplo:

1. El costo – efecto que identifica los efectos de una o más opciones de fármacos sobre la salud, evaluado en unidades monetarias, mientras que los efectos sobre la salud se evalúan según los efectos terapéuticos y no curativos de cada opción. (Ortega, 2014)

2. El costo – utilidad que evalúa el impacto de los fármacos en el tiempo, según los años de vida ajustados por calidad de vida y no el efecto sobre los síntomas o signos de una enfermedad. (Tobón, Mejía & Gutiérrez, 2013)
3. El costo – beneficio, evaluación económica que estime costes del tratamiento a elegir, con el fin de preferir la más segura para el paciente. (Suárez, 2008)

El camino aun es largo para México en torno a la automedicación, pero se debe de trabajar en políticas que incentiven el uso adecuado de los medicamentos, ya que, en un futuro, sin innovación y desarrollo, nos estaremos enfrentando a un panorama sombrío en donde ningún antibiótico ni antiviral podrá contrarrestar las mutaciones que han tenido los virus y bacterias debido al fortalecimiento de las mismas por el uso inadecuado de los medicamentos.

ANEXOS

Anexo 1: Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 73, fracción XVI, base 2a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3, fracción XVII, 13, inciso A, fracción X, 134 fracción II, 139 fracción VIII, 147, 181, 226 y 227 de la Ley General de Salud; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 28, 29 y 30 del Reglamento de Insumo para la Salud; 6 y 7 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; firmó el acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos. El cual considera que:

- a. El Estado tiene la obligación de dictar las medidas de carácter general a garantizar el derecho a la protección de la salud, dentro de las que se encuentran, aquéllas orientadas a evitar la exposición de la población a riesgos sanitarios;
- b. La epidemia de influenza A(H1N1), ha resaltado la gravedad de las consecuencias de la autoprescripción con antibióticos en nuestro país;
- c. En muchos de los casos de influenza se complicaron debido a un diagnóstico médico tardío, causado en parte porque una gran proporción de los pacientes acudieron primeramente a las farmacias buscando resolver sus síntomas y allí recibieron antibióticos sin receta médica, los cuales son inútiles para infecciones virales como la influenza;
- d. Los antibióticos son considerados como un bien público global. Consecuentemente, la Organización Mundial de la Salud ha instado a cada uno de los países miembros a emprender una estrategia nacional para mejorar el uso de antibióticos y contener la resistencia bacteriana, sugiriendo diversas acciones educativas, regulatorias y de gestión;
- e. En México, los antibióticos se encuentran entre los medicamentos que más se consumen, representando el segundo lugar en ventas de farmacias a nivel

- nacional. Algunos de los problemas que se relacionan con este alto consumo son: la autoprescripción de antibióticos y su dispensación inapropiada en farmacias;
- f. Entre un 70% y 80% de las recomendaciones que los empleados de farmacias dan a sus clientes con cuadros de infecciones respiratorias y diarreicas agudas, incluyen antibióticos prescritos de forma inadecuada en tipo, dosis y tiempo de prescripción y sin tomar en consideración la naturaleza del padecimiento;
 - g. Para destacar las consecuencias de este elevado consumo de antibióticos en el país, es importante mencionar que el mayor número de reportes de reacciones adversas a medicamentos, 40% en la población mexicana, se atribuyen al consumo de antibióticos;
 - h. De igual forma la creciente resistencia bacteriana en patógenos causantes de infecciones comunitarias e intra-hospitalarias, se ha documentado ampliamente en la literatura científica en México, por ejemplo: redes regionales de vigilancia epidemiológica estiman que, la tasa nacional de resistencia a penicilina del *streptococcus pneumoniae*, bacteria causante de infecciones comunitarias graves como neumonía y meningitis, es de alrededor de 55%, cifra superior a otros países de Latinoamérica como: Argentina y Brasil. Muchos gérmenes intrahospitalarios son multiresistentes a antibióticos poniendo en peligro la vida de pacientes internados que ingresan por cualquier causa y que son infectados por dichos gérmenes;
 - i. Diversas investigaciones concluyen que entre el 40 y el 60% de los antibióticos se venden sin receta médica;
 - j. Es importante que los antibióticos se suministren sólo bajo prescripción médica, a fin de evitar la autoprescripción y la generación de cepas bacterianas resistentes a la efectividad de los medicamentos;
 - k. Partiendo de que, la protección de la salud es un derecho humano garantizado por la Constitución, en donde la sociedad y el Estado tienen la obligación de velar por la protección de dicho derecho, tomando en consideración que la autoprescripción de antibióticos constituye un problema de salud pública;

En este orden de ideas y, a efecto de implementar las medidas de protección y control del brote de influenza A (H1N1) y otras reacciones adversas que genera la auto prescripción de antibióticos en nuestro país, es necesario se emita un acuerdo que permita implementar lo dispuesto por ley para que únicamente se administren antibióticos cuando éstos sean prescritos mediante receta emitida por los profesionales de la salud autorizados por ley, a fin de controlar su uso y abuso y limitar las consecuencias negativas de una prescripción inadecuada y contribuir a preservar la salud de los mexicanos, he tenido a bien expedir el siguiente:

Lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos:

PRIMERO. - Para efectos de lo dispuesto en los artículos 226 fracción IV y último párrafo y, 227 de la Ley General de Salud, la venta y dispensación de antibióticos deberá llevarse a cabo única y exclusivamente contra la exhibición de la receta médica correspondiente, la cual deberá elaborarse de conformidad con lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del Reglamento de Insumos para la Salud, conforme a lo siguiente:

I.- Cuando se trate de medicamentos genéricos deberá anotar la denominación genérica y, si lo desea, podrá indicar la denominación distintiva de su preferencia;

II.- En los demás casos podrá expresar la denominación distintiva o conjuntamente las denominaciones genérica y distintiva, y

III.- La prescripción en las instituciones públicas se ajustará a lo que en cada una de ella se señale debiéndose utilizar en todos los casos únicamente las denominaciones genéricas de los antibióticos incluidos en el cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención o en el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel. Por excepción, y con la autorización que corresponda, podrán prescribirse otros antibióticos.

Lo anterior con independencia de que se deberán observar las demás disposiciones aplicables.

SEGUNDO. - A efecto de garantizar lo dispuesto en el párrafo anterior, todo establecimiento que venda o dispense antibióticos al menudeo a usuarios y al público en general, deberá:

- I. Llevar un registro en el que se asienten todos y cada uno de los siguientes datos:
 - a. Fecha de adquisición
 - b. Fecha de venta, dispensación o desechamiento del antibiótico
 - c. Denominación distintiva del antibiótico del que se trate y/o denominación genérica en caso necesario
 - d. Presentación del antibiótico
 - e. Cantidad adquirida, vendida, dispensada o desechada
 - f. Nombre del que prescribe la receta, número de cédula profesional y domicilio, esto aplicará cuando no sea retenida la receta, en caso de retención, puede prescindirse de estos tres datos, pero deberá hacerse referencia a la receta retenida, mediante un número consecutivo que correlacione el registro y la receta respectiva.

- II. Toda receta retenida y su registro correspondiente deberán conservarse por un periodo de 365 días naturales.

- III. Cada vez que se surta el antibiótico, deberá sellarse la receta indicando en ella la cantidad vendida y la fecha de la venta. Al momento de agotarse la cantidad de antibiótico prescrita, deberá retenerse la receta por el establecimiento, y

- IV. La receta deberá surtirse únicamente dentro del tiempo de duración del tratamiento indicado como lo ordena el artículo 30 del Reglamento de Insumos para la Salud.

TERCERO. - La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicará y mantendrá actualizada la lista de antibióticos por denominación genérica, o distintiva y genérica correspondiente, que

estarán sujetos a este control, para consulta pública en su portal electrónico de Internet.

CUARTO. - Se instruye a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, para que en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas y en el ámbito de sus respectivas competencias, lleven a cabo la vigilancia de las disposiciones previstas en el Acuerdo.

Anexo 2: Encuesta sobre automedicación en la que se basa la investigación.

Edad:

Sexo:

Profesión:

Estado Civil:

Introducción: La siguiente encuesta se realiza con el objetivo de medir cual es el nivel de automedicación en la población mexicana de entre 20 a 65 años de edad en la CDMX.

1. ¿Padeces alguna enfermedad crónica? Sí – No
2. Si respondiste si, ¿Cuál enfermedad crónica padeces?
3. ¿Ha tomado alguna vez medicación sin prescripción médica? Sí – No
4. ¿Por qué enfermedad acudes al doctor?
 - a) Gripe
 - b) Tos
 - c) Dolor de garganta
 - d) Dolor muscular
 - e) Vomito
 - f) Diarrea
 - g) Temperatura
5. ¿Cuándo acudes a ver a tu doctor?
 - a) Cuando comienzan los síntomas de la enfermedad.
 - b) Cuando tienes temperatura.
 - c) Cuando hay mucho dolor, sangrado o en una situación de gravedad.
6. ¿Tomas medicamentos sin prescripción médica?
7. Cuando te enfermas, ¿Qué medicamentos tomas antes de acudir al médico?
 - a) Paracetamol
 - b) Antibiótico
 - c) Vitamina C
 - d) Ibuprofeno
8. ¿Por qué razón tomaría medicación sin prescripción médica?
 - a) No tiene tiempo para ir al médico
 - b) No tiene seguro social
 - c) No cree que siempre sea necesario consultar al médico
 - d) Por recomendación de algún conocido o familiar
 - e) Porque ya sabes que medicamento te recetan normalmente para cada padecimiento.
 - f) Otros (indicar)_____
9. ¿Qué tipo de medicamentos consume con mayor frecuencia sin prescripción médica?

- a) Analgésicos/antinflamatorios
 - b) Antibióticos
 - c) Antigripales
 - d) Antiácidos
 - e) Otros (indicar) _____
10. ¿Quién le recomendó el uso de algún medicamento sin prescripción médica?
- a) Familiares y/o amigos
 - b) Farmacéutico
 - c) Publicidades
 - d) Otros (indicar) _____
11. ¿Por qué no acudes frecuentemente al médico?
- a) Porque no lo necesitas.
 - b) Porque es muy tardado.
 - c) Porque es caro ir al médico.
 - d) Porque no tienes seguro médico.
 - e) Porque da miedo que en la visita “general” termines siendo diagnosticado con algo peor por lo que acudiste al médico.
 - f) Porque no confías en el medico.

Ante los siguientes síntomas responde 1 si vas al médico, 2 tomas medicamento sin prescripción médica o 3 dejas que los síntomas se vayan por si solos.

- Dolores de cabeza
- Gripes y resfriados
- Dolores musculares
- Problemas digestivos
- Vomito
- Diarrea
- Fiebre

En donde: 1=Nunca; 2=Casi Nunca; 3=Frecuentemente; 4=Casi Siempre y 5=Siempre

1. ¿Te haces un chequeo médico regular?
2. En los últimos 12 meses, ¿has tomado medicación sin prescripción médica?
3. En los últimos 6 meses, ¿has tomado medicación sin prescripción médica?
4. Sus amigos y/o familiares, ¿han consumido medicamentos sin receta?
5. Después de consumir medicamentos sin receta, ¿obtuviste el efecto deseado?
6. ¿Crees que la publicidad de medicamentos ayuda a decidir qué medicamento tomar?
7. Cuando has ido a la farmacia a adquirir un medicamento, ¿Recibiste información por parte del farmacéutico?

8. ¿Crees que es importante que el farmacéutico brinde información sobre el medicamento que compras?
9. ¿Sueles leer las indicaciones de uso para tener en cuenta la dosificación o efectos adversos?
10. ¿Sueles aconsejarle a amigos o familiares el uso de un medicamento que te resultó efectivo?
11. La última vez que te enfermaste, ¿tomaste tu medicamento en el horario establecido?

Responde con Afirmativo o Negativo ante las siguientes cuestiones:

1. La gripa se cura con antibiótico.
2. Si el flujo nasal (moco) presenta una coloración verdosa, es infección.
3. Las vacunas causan que te enfermes.
4. Es mejor enfermarse que vacunarse.
5. Jengibre y propolio, antigripales de la naturaleza.
6. La vitamina C previene la gripe.
7. Si no te atiendes una infección en la garganta, la infección se va a tu estómago.
8. Si te enfermas, generas anticuerpos capaces de erradicar esa enfermedad de tu sistema inmunológico.
9. Las inyecciones son más eficaces que los comprimidos.
10. Los analgésicos son para todo tipo de dolores.

Dónde: 0 es nunca, 5 es Frecuentemente y 10 es siempre. ¿Qué tanto tu...

1. ¿Te consideras una persona previsora?
2. ¿Tomas riesgos?
3. ¿Tienes cuenta de ahorro?
4. ¿Piensas antes de actuar?
5. ¿Eres impulsivo?
6. ¿Haces inversiones?
7. ¿Te rindes fácilmente?
8. ¿Tienes seguro de gastos médicos?
9. ¿Te ejercitas?
10. ¿Tienes seguro de auto?
11. ¿Tienes sobrepeso?
12. ¿Fumas?
13. ¿Conoces tu nivel de grasa corporal?
14. ¿Cuidas tu ingesta diaria calórica?
15. ¿Has durado más de 1 año en tu trabajo?

BIBLIOGRAFÍA

A

Agencia EFE. (20 de noviembre de 2019). *El 86 % de los mexicanos se automedica, según estudio*. Consultado el 3 de septiembre de 2020.

<https://www.efe.com/efe/america/mexico/el-86-de-los-mexicanos-se-automedica-segun-estudio/50000545-4115752>

Angeles, P.; Medina, M. L. & Molina, J. (1992). *Automedicación en población urbana de Cuernavaca, Morelos*. *Salud Pública de México*, 34, pp. 554-561.

Ariely, D. (2008). *Las trampas del deseo*. Booket.

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). <https://sitio.amis.com.mx/>

B

Barboza, N. (2012). *La influencia del marketing en la toma de decisiones del comprador* [Trabajo final de grado, Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas]. Biblioteca digital UNCUYO.

<https://bdigital.uncu.edu.ar/4905>.

Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. (27 de septiembre de 2020).

Analgésicos. *MedlinePlus*.

<https://medlineplus.gov/spanish/painrelievers.html#:~:tex+t=Los%20analg%C3%A9sicos%20son%20medicinas%20que,determinadas%20medicinas%20que%20a%20otras>.

Bodenhausen, G. V. (1990). *Stereotypes as Judgmental Heuristics: Evidence of Circadian Variations in Discrimination*. [Archivo PDF].

[Stereotypes as Judgmental Heuristics Evidence of C%20.pdf](#)

Buriticá, O.; Giraldo, A.; Franco, D.; Cañas, A. & Giraldo, J. (2006). *Automedicación en estudiantes de la Universidad de Caldas*. *Biosalud*, 2, 1-14. [Archivo PDF].

http://biosalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%202_2.pdf

C

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA). *El sector farmacéutico*. Consultado el 29 de marzo de 2021.

- <https://www.canifarma.org.mx/Noticias/Econom%C3%ADa/Notas/inversiones.pp>
- CamBioTec. (2018). *Diseño del marco estratégico para la estructuración del Sistema Mexiquense de Innovación y la implementación de la Agenda de Innovación del Estado de México*. [Archivo PDF].
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (2019), *Implicaciones del Paquete Económico 2020. Gasto público, ingresos e impuestos*.
<https://ciep.mx/BNKj>
- Choo, C. (1999), *La organización inteligente: el empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones*, Oxford University Press.
- Clínica Universidad De Navarra. (24 de octubre de 2017). No tomes más antibióticos contra la gripe: CNN. Consultado el 5 de julio 2020.
<https://cnnespanol.cnn.com/2017/10/24/no-tomes-mas-antibioticos-contr-la-gripe/>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). *Beneficiarios de Protección Social en Salud de Seguro Popular*.
- Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). (2010). *Acuerdan reforzar acciones para combatir el mercado ilegal de medicamentos*.
<https://www.gob.mx/cofepris/prensa/acuerdan-reforzar-acciones-para-combatir-el-mercado-ilegal-de-medicamentos-80023>
- Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica (CETIFARMA). (2013). *Códigos de la Industria Farmacéutica establecidas en México*. [Archivo PDF].
<https://cetifarma.org.mx/wp-content/uploads/docs/docs/CodigodeBuenasPracticasPromocion.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018) *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018* [Archivo PDF].
https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2018). *Población a mitad de año*.

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>.

CIEP, GESOC. (2018). *Derecho Universal a La Salud en México: Análisis de Cobertura y Costos*. <https://ciep.mx/derecho-universal-a-la-salud-en-mexico-analisis-de-cobertura-y-costos/>

D

Deloitte (2017). *Perspectiva global de las ciencias de la vida 2017. Prosperando en el incierto mercado actual*. [Archivo PDF].

<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/life-sciences-health-care/2017/Perspectiva-Global-de-Ciencias-de-la%20Vida-2017.pdf>

Diario de la Federación. (2001). *Norma Oficial Mexicana NOM-176-SSA1-1998*.

[Archivo PDF]. <http://legismex.mty.itesm.mx/normas/ssa1/ssa1176-01.pdf>

Doctoralia. (nov 26, 2019). *Estudio para la automedicación 2019. Encuesta a profesionales de la salud y pacientes de México*.

<https://press.doctoralia.com.mx/79663-86-de-mexicanos-toma-medicamentos-sin-prescripcion-medica>

E

En Naranja de ING (4 de septiembre de 2018). *Economía Conductual: Tu comportamiento no siempre es racional, y así te afecta al tomar decisiones económicas*. Consultado el 27 de julio de 2020.

<https://www.ennaranja.com/economia-facil/economia-conductual/la-racionalidad-limitada-no-todo-comportamiento-es-racional/>

Escolar, M. (21 de enero de 2019). *¿Por qué falla el sistema inmunitario? INFASALUD*. Consultado el 31 de julio de 2020.

<https://cinfasalud.cinfa.com/p/sistema-inmune-2/>

Evans, J. & Stanovich, K. (2013). *Dual-Process Theories of Higher Cognition: Advancing the Debate*. *Perspectives on Psychological Science* 8(3) 223-241.

<https://doi.org/10.1177/1745691612460685>

European Commission (3 de enero de 2019). *Telematics in community pharmacies for*

responsible self-medication (TESEMED). <http://dis.sema.es/projects/TESEMED/>.

European Commission INFOPHARMA (3 de enero de 2019). *Project Programme. Promoting telematics for responsible self-medication in Latin American pharmacies.* <http://dis.sema.es/projects/TESEMED/>

F

FARESTAIE, Instituto de Análisis. (2020). *Noticias para Pacientes.*

<https://www.farestaie.com.ar/novedades/pacientes/264-en-el-pais-mueren-60-personas-por-dia-debido-a-la-automedicacion/>

FORBES. (s.f.). *Mexicanos gastan 41% de sus ingresos en salud: OCDE.* (Consultado el 27 de marzo de 2021). <https://www.forbes.com.mx/mexicanos-gastan-41-de-sus-ingresos-en-salud-ocde/>

Form, W. (1959). *Administrative Science Quarterly*, 4(1), 129-131.

<https://doi.org/10.2307/2390654>

Francis, SA.; Barnett, N & Denham, M. (2005). Switching of Prescription Drugs to Over-the-Counter Status. *ResearchGate.*

<https://doi.org/10.2165/00002512-200522050-00001>

Friedman, M. (1967). *Ensayos de economía positiva.* Gredos, pp. 9-44

G

Gómez, O; Sesma, S. & Becerril V. (7 de marzo de 2011). *Sistema de salud de México. Salud Publica Mex;*530. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043>

Gómez O., Leobardo M.; Galar M., Marcela; Téllez L., Ana Ma.; Carmona Z., Francisco A.; Amaya Ch., Araceli. (2009). Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, vol. 40, núm. 1, pp. 5-11.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57940102>

Goodin, R. E. & Klingemann, H. D. (2001). *Nuevo Manual Ciencia política.* Itsmo.

I

IHME. (2017). Global Burden of Disease. *Compare.* Consultado el 28 de marzo de

2021. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Instituto Mexicano del Seguro Social (29 de julio de 2018), *IMSS atiende a 6 de cada 10 mexicanos*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/191>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2019). *Características de las defunciones registradas en México en 2019*.

[Archivo PDF].

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

Iñesta A. (4-5 mayo de 1995). *Uso Racional de Medicamentos, implicaciones en la formación pre y posgraduada. Experiencia Española* [Discurso principal]. Seminario en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

J

Jiménez, D. y Hernández, C. (mar-abr, 2010). Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200005

K

Kahneman, D. (2003). *Mapas de Racionalidad Limitada: Psicología para una Economía Conductual*. [Archivo PDF]. [Dialnet-MapasDeRacionalidadLimitada-2304896.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2304896)

Kahneman, D. (2017). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debolsillo.

Kahneman, D. & Frederick, S. (2002). *Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment*. [Archivo PDF].

[Representativeness Revisited Attribute Substitutio.pdf](http://www.nber.org/papers/w9251/representativeness-revisited-attribute-substitutio.pdf)

Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica* Vol. 47, No. 2 pp. 263-292. <https://doi.org/10.2307/1914185>

Kotler, P. (2002). *Marketing management: Analysis, planning, and control*. Prentice Hall.

Kotler, P. & Armstrong, G. (2013). *Fundamentos del Marketing*. Pearson.

Krugman, P. & Wells, R. (2006). *Economics*. Worth Publishers.

Krugman, P. & Wells, R. (2013). *Introducción a la economía: microeconomía*. Reverte.

L

Leal, J. (2002). Análisis del mercado Farmacéutico en México. [Tesina, Universidad Autónoma de Nuevo León] <http://eprints.uanl.mx/1120/1/1020148151.PDF>

Leyva R., Erviti J., Kageyama M. L., Arredondo A. (1998). Prescripción, acceso y gasto de medicamentos de salud en México. *Salud Pública de México*, 40, pp. 24-31.

López, J. J., Dennis, R. y Moscoso, S. M. (2009). Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Revista Salud Publica*, 11(3), 432-442.
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a12.pdf>

Loyola, A.; Lima-Costa, M. & Uchoa, E. (nov-dic, 2004). Bambui Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600025

M

Marcano, R. (2015). La Toma de Decisiones y la Acción Colectiva Organizacional en Contextos de Juegos de Poder. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, vol. XXI, núm. 2, julio-diciembre, pp. 99-115. [Archivo PDF].
<https://www.redalyc.org/pdf/364/36448438005.pdf>

March, J. G. & Simon H. A. (1958). *Organizations*. John Wiley and Sons, Inc.

Marrón, J.; Tolentino, L.; Hernández, M. & Batis, C. (26 de diciembre de 2018). Trends in Ultra-Processed Food Purchases from 1984 to 2016 in Mexican Households. *Nutrients*, 11(1):45. <https://doi.org/10.3390/nu11010045>.

Martinez, J. (2019). Los Supuestos y los Modelos Económicos. Econosublime.
<http://www.econosublime.com/2017/09/supuestos-modelos-economicos.html>

Matter, Gray (3 de julio de 2015). The Science of 'Inside Out'. *The New York Times* (en inglés). Consultado el 9 de septiembre de 2019.

Medavilla, Daniel (20 de junio de 2015). Pixar explica por qué la tristeza es útil. *El País*. Consultado el 9 de septiembre de 2019.

Medina, A. (27 de agosto de 2020). México invierte 2.5% del PIB en Salud, cuando lo ideal sería 6% (o más): OPS. *FORBES*. Consultado el 28 de marzo de 2021.

Medline Plus (s.f.) *Fiebre*. Consultado el 14 de septiembre de 2020.

<https://medlineplus.gov/spanish/fever.html#:~:text=Las%20infecciones%20causan%20la%20mayor%C3%ADa,m%C3%A1s%20dif%C3%ADcil%20para%20ellos%20sobrevivir>

Mejía, A. (s.f.). La Automedicación un riesgo para la Salud. *Saber Mas*, Revista de divulgación. Consultado el 27 de marzo de 2021.

<https://www.sabermas.umich.mx/archivo/articulos/90-numero-12/180-la-automedicacion-un-riesgo-para-la-salud.html>

Méndez, J. (15 de octubre de 2019). La contracción del gasto per cápita en salud: 2010 – 2020. *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C.* Consultado el 28 de marzo de 2021.

<https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

Méndez, R. (20 de noviembre de 2018). Blanco, amarillo, verde o negro: dime el color de tus mocos y te diré qué enfermedad padeces. *El Español*. Consultado el 28 de marzo de 2021.

https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20181220/blanco-amarillo-verde-negro-mocos-enfermedad-padeces/360714880_0.html

Meñeton, G; Ruiz, A. & Loaiza, O. (2017). Toma de decisiones. Explicaciones desde la ciencia aplicada del comportamiento. *Revista Espacios*. Vol. 38 (Nº 13) Año 2017. Pág. 1-2. [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/profile/Guberney-Muneton/publication/316664631_Make_a_choice_Explanations_from_applied_behavioral_science/links/5ccdff0b458515712e928398/Make-a-choice-Explanations-from-applied-behavioral-science.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2001). *Encuesta Nacional de Salud 2001*. [Archivo PDF].

http://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/para_imprimir.pdf

Molinero, A.; Carbajal de Lara, J.; Cantalapiedra, F.; Eguilleor, A.; Gutiérrez, P. &

Amador-Fernández, N. (nov-dic 2020). Demanda de antibióticos sin prescripción en la farmacia comunitaria. Descripción de la intervención del farmacéutico. Medicina de Familia. *SEMERGEN* 46(8) pp. 545-552

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.025>

Montilla, F. (s.f.). *Modelo Económico*. Zona Económica. (Consultado el 23 de marzo de 2021). <https://www.zonaeconomica.com/modelo-econ-mico>.

Murillo, B. & Albonte, L. (2020). *Gasto público en salud y su composición, el caso de México*. [Archivo PDF].

<http://economia.uaemex.mx/Publicaciones/e1303/Gasto%20pblico%20en%20salud%20y%20su%20composicion.pdf>

Murray C. & López A. (1996). Evidence-based health policy lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 274(5888) pp. 740-743.

<https://doi.org/10.1126/science.274.5288.740>

N

National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Bacterial Diseases. (s.f.) *Strep Throat: All You Need to Know*. Consultado el 31 de octubre de 2018. <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/strep-throat.html>

O

O'Connor, C. y Owen, J. (2019). *The Misinformation Age: How False Beliefs Spread*, Yale University Press.

Ochoa, J. (2018). El financiamiento del sistema público de salud y la seguridad del paciente. *CONAMED*. [Archivo PDF]

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin19/financiamiento_salud.pdf

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD.Stat).

Pharmaceutical Market: Pharmaceutical sales.

https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT#

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017).

- Panorama de la Salud 2017*, p. 93.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Medicamentos: uso racional de los medicamentos*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Resistencia antimicrobiana*.
<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Comunicado: Día Europeo para el uso Prudente de los Antibióticos*. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/es>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2013). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2015). *Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017). *La automedicación es un bumerán*. OPS.
- Ortega, A. (2014). *Farmacia Hospitalaria y Farmacoeconomía*. Editores Médicos
- P**
- Palacios, E. (2016). *Medicamentos genéricos y de patente ¿lo mismo, pero más barato?* [Archivo PDF].
http://18.216.189.172/wp-content/uploads/2016/09/EX_C_281114.pdf
- Parsons, W. (2007), *Políticas públicas: Una introducción*. Pp. 55-57.
- Peñuela, M.; Espriella de la, A.; Escobar, E.; Velázquez, M.; Sánchez, J.; Arango, A. & Gómez, O. (2002). Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 16, pp. 30-38.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701604>
- Pasillas, L. & Zamírez, Z. (11 de agosto de 2019). La verdadera enfermedad del

sistema de salud mexicano. *FORBES*. <https://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/>

R

Ramírez, D., Larrubia, O., Escortell, E. & Martínez, R. (2006). La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la atención primaria. *SEMERGEN Medicina de familia*, 32(3), 117-124.

[http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73235-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73235-X)

Reinstein, J. (1991). *Impact of self-medication on Primary Health Care. Worldwide studies on self-medication: what do they show?* Switzerland Pharmacy, 13 (11a) pp. 22-25.

Restepo, M. (15 de marzo de 2018). ¿Cada cuánto realizarse un chequeo médico? Revista Salud COOMEVA. Consultado el 20 de septiembre de 2020.

<https://revistasaludcoomeva.co/cada-cuanto-realizarse-un-chequeo-medico/>

Rojas, R. (2017). 8 de cada 10 medicamentos que se consumen en México son genéricos. *Saludario*. Consultado el 31 de julio de 2020.

<https://www.saludario.com/8-de-cada-10-medicamentos-que-se-consumen-en-mexico-son-genericos/>

Ruiz, C. (2004). *Legislación Sobre Antibióticos en América Latina*. [Archivo PDF].

<https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/amr-legis.pdf>

S

Sánchez, J. (s.f.). *Consumidor*. Economipedia. (Consultado el 27 de marzo de 2021). <https://economipedia.com/definiciones/consumidor.html>

Schonfeld, Zach (28 de junio de 2015). *What Do Child Psychiatrists Think of Pixar's 'Inside Out'? They Love It*. Newsweek. Consultado el 9 de septiembre de 2019.

Schuldt, J. (2013). *Civilización del Desperdicio Psicoeconomía Del Consumidor*.

[Archivo PDF]. ISBN: 978-9972-57-240-1

<https://core.ac.uk/download/pdf/51209512.pdf>

Secretaría de Gobernación. (2017). *Iniciativa que reforma los artículos 112 y 310 de la*

- Ley General de Salud*. [Archivo PDF]
http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/03/asun_3512113_20170330_1490989967.pdf
- Secretaría de Economía. (2013). *Industria Farmacéutica. Unidad de inteligencia de Negocios*. [Archivo PDF]
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/62881/130820_DS_Farmacutica_ESP.pdf
- Secretaría de Salud. (1993). *NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-1993, Etiquetado de medicamentos*.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/072ssa13.html>
- Secretaría de Salud. (1997). *Ley General de Salud. Título Decimosegundo. Control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación. Capítulo IV. Medicamentos*. SSA, México, D.F.
- Secretaría de Salud. (1998). *Reglamento de Insumos para la Salud*. SSA, México
- Secretaría de Salud. (2000). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmp.html>
- Secretaría de Salud. (2005). *Hacia una política farmacéutica integral para México*. [Archivo PDF]
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304663/HaciaPoliticaFarmaceutica.pdf>
- Secretaría de Salud. (9 de junio de 2016). *Automedicación, una mala costumbre que puede tener graves consecuencias*.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/automedicacion-una-mala-costumbre-que-puede-tener-graves-consecuencias>
- Secretaría de Salud. (30 de mayo 2020). *Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud*. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.html
- Sen, A. K. (2002). *Rationality and Freedom*. Harvard University Press.
- Servicio Nacional del Consumidor. (2018). *Estudio de precios de medicamentos bioequivalentes en las grandes cadenas de farmacia*. [Archivo PDF]

http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20181127/asocfile/20181127164747/estudio_sernac.pdf

Sherazi, B.; Mahmoon, K.; Amin, F.; Zaka, M.; Riaz, M. & Javed, A. (2012). Prevalence and measure of self-medication: A review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 4(3), 1774-1778.

Silva de Aquino, D. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 13 (Supl), 733-736.

Simon, H. (1947 – 1957). *Administrative Behavior (2nd edition)*. [Archivo PDF]
https://isabelportoperez.files.wordpress.com/2011/11/simon-comportamiento_admtivo.pdf.

Stanovich, K. & West, R. (2000). Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate? *Behavioral and Brain Sciences* 23, 645-726. [Archivo PDF]
<https://pages.ucsd.edu/~mckenzie/StanovichBBS.pdf>

Stiglitz, J.E. & Rosengard J.K. (2015). *La Economía del Sector Público*. Antoni Bosch.

Solomon, M. R., Marshall, G. W., & Stuart, E. W. (2008). *Marketing. Real people, real choices*. Pearson.

Solleiro, J., Terán, A., López, R., Inurreta, Y. & Castillo, J. (2014). La competitividad de la industria farmacéutica en el Estado de México. *CamBiotec*. Estado de México [Archivo PDF]

https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Castillo-Arellano/publication/341255544_La_competitividad_de_la_industria_farmaceutica_en_el_estado_de_mexico_1st_Ed/links/5f9c499a92851c14bcf3f272/La-competitividad-de-la-industria-farmaceutica-en-el-estado-de-Mexico-1st-Ed.pdf

Strom, B. L. (2000). *Pharmacoepidemiology*. 3rd. ed. Churchill Livingstone.

Suárez, R. Educación. (2008). *Condición de humanización*. Universidad de Caldas.

Sunstein, C. & Thaler, R. (2017). *Un pequeño empujón. El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad*. Taurus.

T

The College of Physicians of Philadelphia. (17 de enero de 2018). The History of

Vaccines and Educational Resource. Consultado el 10 de agosto de 2020.

<https://www.historyofvaccines.org/es/contenido/articulos/efectos-secundarios-y-reacciones-adversas-las-vacunas>

Tobón, F. (dic, 2002). Estudios sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *IATREIA*, 15(4), pp. 242-247.

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3963/3678>

Tobón, F.; Montoya, S. & Orrego, M.A. (2018). Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Educación Médica* 19(2), pp.122-127.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.004>

Tobón, F.; Mejía, M. & Gutiérrez, P. (2013). *Un mundo mejor es posible. Educación humanista hacia la búsqueda del ser humano en la Atención farmacéutica y en la ciudadanía*. Academia Española.

Toral, J. (2020). Inyecciones vs Pastillas ¿Cuál es más efectivo? Por Eumir Vázquez. *Revista Farmacociencia*.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. [Archivo PDF].

http://www.cog.brown.edu/courses/cg195/pdf_files/fall05/CG195TverskyKahn1974.pdf

U

Universidad Simón Bolívar. (s.f.). La irracionalidad, un factor que influye las decisiones económicas. *El Herald*o.

<https://www.elheraldo.co/barranquilla/la-irracionalidad-un-factor-que-influye-las-decisiones-economicas-420112?amp>

U.S. Food & Drug. (18 de diciembre del 2020). Medicamentos Genéricos: Preguntas y Respuestas.

V

Vacas, E.; Castellá, I.; Sánchez, M.; Pujol, A.; Pallarés, C. & Balagué, M. (may, 2009).

Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Atención Primaria*, 41(5), 269-274. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.018>

Velázquez, M. (2012). *Ética en los negocios. Conceptos y casos. Séptima edición.*

PEARSON. [Archivo PDF].

[https://uachatec.com.mx/wp-content/uploads/2019/05/Etica en Los Negocios Conceptos y Casos.pdf](https://uachatec.com.mx/wp-content/uploads/2019/05/Etica_en_Los_Negocios_Conceptos_y_Casos.pdf)

Vidal, E. & Ortiz, P. (sep. 2005). Prescripción médica o automedicación. *Atención*

Primaria 36(5), p. 285. <https://doi.org/10.1157/13079153>

W

Wegner, D.M. (2003). *The Illusion of Conscious Will*, Bradford Books, Cambridge, MA.