



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT**  
**ÁREA ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

**Necesidades de información sobre medicamentos  
y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit**  
**"Dr. Antonio González Guevara"**

**Trabajo Recepcional para obtener el título de Maestría en Salud Pública**  
**Área Gerencia de Servicios de Salud**

**Aspirante: José Sammy López Gómez**  
**Director de TRT: Dr. en C. Rogelio Fernández Argüelles**

**Este proyecto fue realizado con el apoyo de una beca nacional del  
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**



**CONACYT**

**Diciembre 2016**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA  
ÁREA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS**

**Necesidades de información sobre medicamentos  
y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit  
"Dr. Antonio González Guevara"**

Director de TRT:

**Dr. en C. Rogelio Fernández Argüelles**

Sinodales:

**Dr. en C. Aurelio Flores García**

**M. en O. Narda Yadira Aguilar Orozco**

**M.S.P. Raquel Judith Solís Canal**

Oponente:

**M. en C. Tomas Mario Ávalos Ruvalcaba**

## **DEDICATORIA**

Este esfuerzo se lo dedico a mis padres que han sido el motor que me ha impulsado a salir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A mi familia, pero en especial a mis padres por su apoyo incondicional y en todo momento, más de lo que ellos pueden estar orgullosos de mi, yo lo estoy de ellos, por ser personas que con su esfuerzo me forjaron tal y como soy y porque me han enseñado la importancia de ser una persona integral y resiliente.
- A Victor por estar siempre conmigo, en las buenas y en las malas.
- Al Posgrado de Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit por haberme dado esta oportunidad que sin duda alguna tuvo un alto impacto en mi vida personal y profesional.
- Al Dr. Rogelio, mi director de TRT, que me hizo aprender y desaprender y que durante más de dos años he tenido su apoyo incondicional, además de ser para mi un ejemplo a seguir. No hay forma de cuantificar todo lo bueno que me llevo de usted, es para mi un orgullo decir a donde voy que me formé en su posgrado. Gracias también por haberme involucrado en el mundo de los medicamentos.
- A Sandra, que fue y ha sido una amiga desde que comencé la travesía por el posgrado.
- A la Dra. Raquel, por su empeño y dedicación en el posgrado y por compartir conmigo sus conocimientos.
- Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ya que sin su apoyo esta realidad no sería posible.
- Por último pero no menos importante, agradezco por tener los amigos que tengo hoy, que a pesar de la adversidad y de los malos momentos que he pasado nunca me han hecho a un lado, me refiero a Javier, Maleni, Michel, Gloria, Vianey, Olga y Oswaldo.

## ÍNDICE

CAPÍTULO	Pág.
RESUMEN.....	III
LISTADO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	VI
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Ciencia de la información.....	1
1.2 Sociedad de la información y el conocimiento.....	1
1.3 El usuario de la información.....	3
1.4 Necesidades de información.....	4
1.5 El acceso a la información técnico-científica.....	9
1.6 Fuentes de información en salud.....	13
1.6.1 Internet.....	13
1.6.2 Biblioteca médica especializada.....	15
1.6.3 Centro de información de medicamentos.....	16
1.7 La relación entre el médico y la Industria Farmacéutica.....	17
1.8 Uso racional de los medicamentos.....	21
1.9 Información sobre medicamentos para la toma de decisiones....	24
1.10 Estudio de usuarios.....	26
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES.....	30
CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
CAPÍTULO 4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	42
CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN.....	43
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS.....	52
CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA.....	53
7.1 Tipo de estudio y diseño general.....	53
7.2 Operacionalización de variables.....	53
7.3 Universo de estudio.....	56
7.4 Selección y tamaño de la muestra.....	56
7.5 Unidad de análisis y observación.....	57
7.5.1 Unidad de análisis.....	57
7.5.2 Unidad de observación.....	58
7.6 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	58
7.6.1 Inclusión.....	58
7.6.2 Exclusión.....	58
7.6.3 Eliminación.....	58
7.7 Diseño del cuestionario.....	58
7.7.1 Fase piloto.....	59
7.7.2 Cuestionario final.....	62
7.7.3 Cuadernillo de apoyo.....	69

7.8 Recogida de la información.....	74
7.9 Análisis de la información.....	75
7.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	75
CAPÍTULO 8. RESULTADOS.....	77
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN.....	94
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	126

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos de un hospital de segundo nivel en Nayarit, México.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo en el que se aplicó un cuestionario validado por estudio piloto y expertos a 112 médicos seleccionados por aleatorización simple. Las variables elegidas fueron: necesidades de información, comportamiento informativo y la satisfacción de las necesidades de información. El análisis de los datos se hizo mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** la tasa de respuesta fue del 82.35 %. El 94.6 % necesitó información adicional para tomar decisiones. El 65.1 % expresó necesitar información sobre farmacoterapéutica y sobre vigilancia epidemiológica en el 47.3 % de las veces. Las vías preferidas para obtener información fueron: revistas médicas (66.0 %) y Guías de la Práctica Clínica (60.7 %). El 64.28 % no consultaba bases de datos ni repositorios por carecer de computadora e Internet y el 76.8 % expresó que sus necesidades de información estaban insatisfechas.

**Conclusiones:** la mayoría de los médicos reconocieron la necesidad de información sobre medicamentos y salud pública para tomar decisiones en salud y las fuentes más utilizadas para obtenerla fueron: revistas y guías de la práctica clínica. La mayoría de los profesionales no utilizaban bases de datos para la búsqueda de información debido a que la institución no les proporcionaba los recursos y servicios necesarios.

**Palabras clave:** necesidades de información, comportamiento informativo, satisfacción de las necesidades de información, acceso a la información en salud, toma de decisiones en salud.

## LISTADO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

- BVS:** Biblioteca Virtual en Salud
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIM:** Centro de Información de Medicamentos
- CRICS 9:** Noveno Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud
- DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud
- DSM:** Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
- EE.UU.:** Estados Unidos
- EU:** Estudios de Usuarios
- FDA:** Food and Drug Administration
- HGM:** Hospital General de México
- IBM:** International Business Machines
- IF:** Industria Farmacéutica
- IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INSP:** Instituto Nacional de Salud Pública
- LILACS:** Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud
- MBE:** Medicina Basada en Evidencia
- MIR:** Médico Interno Residente
- NI:** Necesidades de Información
- OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- PIB:** Producto Interno Bruto
- PLM:** Diccionario de especialidades farmacéuticas Para Los Médicos

**PPA:** Paridad del Poder Adquisitivo

**PRME:** Programa de Medicamentos Esenciales

**SC:** Sociedad del Conocimiento

**SCAD:** Sistema Cooperativo de Acceso a Documentos

**SEMFyC:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

**SI:** Sociedad de la Información

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**SS:** Sistema de Salud

**TD:** Toma de Decisiones

**TIC:** Tecnología de la Información y la Comunicación

**UI:** Usuario de la Información

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

**URM:** Uso Racional de Medicamentos

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

En el año de 1974, el entonces ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde, analizó la cuestión de los determinantes de la salud y propuso un modelo muy aceptado y clásico en salud pública. Según Lalonde, el nivel de salud de una colectividad es determinado por la interacción de cuatro variables: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y por último el sistema de asistencia sanitario. De estas cuatro variables la biología humana no es modificable, las otras tres son susceptibles de alteración, y es hacia ellas que deben dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

Las variables anteriormente descritas, están influenciadas por factores sociales, esto se puede apreciar en la desigualdad de la distribución de la salud y la enfermedad en la población y obedecen a la diversidad socio cultural que existe entre los individuos, grupos y colectividades.

El sistema de asistencia sanitario es un determinante social de la salud, y juega un papel importante en el rol que desempeñan los profesionales encargados de promover y conservar la salud de la población ya que son estos el principal eslabón de los sistemas sanitarios y son los principales actores que enfrentan los retos de la salud pública.

Los sistemas de salud tienen el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones y para lograr este objetivo, se necesita de recursos humanos, financiamiento, información, suministros (como es el caso de los medicamentos), transporte y comunicación, así como estar orientado y unidireccionado.

Los recursos humanos en salud son uno de los recursos más importantes con los que el sistema de salud puede contar y por ello necesitan estar al día de los nuevos conocimientos para poder aplicarlos a sus acciones de promoción, prevención y de curación.

Cobran especial relevancia los médicos, debido a que en ellos recae la responsabilidad de tomar decisiones por terceros y ante este panorama debe considerarse que los médicos deben tener la cualidad de tomar decisiones

informadas en la práctica clínica para mejorar el impacto del propio sistema sanitario.

En la actualidad se acepta que los sistemas sanitarios no son el factor más importante que nos llevará a mejorar la salud de las poblaciones, aunque también son necesarios, debido a que las políticas no se han direccionado hacia un modelo de prevención ni de promoción en salud y no se han realizado intervenciones en las "causas de las causas" como el entorno social, por el contrario, predominan las acciones centradas en el tratamiento de las enfermedades.

Aunado a esto, existe una creciente preocupación por las relaciones entre los médicos y la industria farmacéutica y, particularmente, por la influencia de la industria en la toma de decisiones en cuanto a la prescripción y dispensación, dado que las herramientas que la industria emplea pueden repercutir en el uso y selección de los tratamientos. Dicha influencia puede llevar a utilizar medicamentos que no son óptimos y que pueden causarle al paciente un detrimento en su salud.

Para que los objetivos del sistema de salud y por ende de la salud pública se cumplan, es imperativo que a los profesionales sanitarios se les provea de información técnico científica sobre medicamentos en forma objetiva y oportuna, lo cual constituye una estrategia óptima para atender necesidades particulares de información y por consiguiente promover el uso racional de los medicamentos.

Los medicamentos tienen el potencial de mejorar la salud de la población siempre y cuando se utilicen de forma adecuada, además son necesarios para lograr la cobertura universal de los servicios de salud y se contemplan como un derecho inalienable en la protección a la salud. Aunque por otra parte, los medicamentos tienen consecuencias en la salud pública a nivel mundial, como es el caso del aumento de la morbilidad a raíz de infecciones y enfermedades crónicas.

Es por lo expuesto que se llevó a cabo este trabajo investigativo, en el que se determinaron las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, "Dr. Antonio González Guevara", así mismo se identificaron las fuentes de información a las que la comunidad médica

accede para mantenerse a la vanguardia en materia de medicamentos y por último, se indagó el nivel de satisfacción frente a los flujos de información.

En el primer capítulo de este documento se expone el marco teórico, que abarca el paradigma de la sociedad de la información y el conocimiento, la conceptualización de los usuarios de la información, el modelo de las necesidades de información, la teoría de las necesidades de Abraham Maslow, los estudios de usuarios, las fuentes de información sobre medicamentos, el acceso a la información técnico-científica, el uso racional de los medicamentos, la toma de decisiones basadas en evidencia científica y la relación de los médicos con la industria farmacéutica.

En el segundo capítulo se presenta una revisión sobre los estudios de las necesidades de información que se han llevado a cabo en otros contextos en comunidades médicas, como es el caso de Cuba, España, Grecia, Turquía, India, Kenia, Australia, Alemania y Suecia, así como resultados de revisiones relevantes.

En el tercer apartado se concentra el planteamiento del problema, donde se subraya la problemática actual que representa la inaccesibilidad a fuentes de información sobre medicamentos y los efectos que surten los mismos en la colectividad. Así mismo, de este apartado se desprende el cuarto capítulo que contiene la pregunta de investigación.

En el quinto apartado se encuentra la justificación que da sustento a la problemática de la información sobre medicamentos. En el sexto capítulo se plasma el objetivo general de esta investigación y del cual se desprenden los tres objetivos específicos que se persiguieron.

En el séptimo capítulo consta de la metodología, que contiene el tipo de estudio y el diseño general elegido, la operacionalización de las variables de estudio, el universo de estudio, el cálculo y selección del tamaño de la muestra, la definición de la unidad de análisis y de observación, los criterios de elegibilidad, el diseño del instrumento de recolección de información, los procedimientos para la recogida y el análisis de la información y los aspectos éticos para llevar a cabo este trabajo.

El octavo capítulo de este trabajo contiene los resultados finales, y en el siguiente capítulo se encuentra la discusión, donde se hace una comparación de los

resultados de otras investigaciones y se manifiestan los posibles sesgos a los que este trabajo pudo estar expuesto. El décimo capítulo contiene las conclusiones derivadas de este trabajo y por último se concentran las referencias bibliográficas y los anexos.

## Capítulo 1

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1 Ciencia de la información

Existe un continuo debate sobre la naturaleza de la Ciencia de la Información, el cual es generado por diversas confusiones, la primera es sobre la naturaleza de la ciencia como una empresa, la segunda es sobre las posibilidades de unificar la teoría de la Ciencia de la Información y la tercera es sobre la distinción entre la práctica del trabajo de información y la ciencia de la búsqueda de la información.

En este contexto, Wilson TD<sup>1</sup>, expresa su posición de la siguiente manera: "la Ciencia de la Información, es un campo multidisciplinario, sus "objetos" de investigación varían desde fórmulas químicas para las que se busca un almacenamiento eficiente en las memorias de las computadoras, hasta gente comportándose en formas particulares para obtener la información necesaria".

#### 1.2 Sociedad de la información y del conocimiento

Con frecuencia se escucha hablar del concepto de Sociedad de la Información (SI), el cual hace referencia a un paradigma que está produciendo profundos cambios en nuestro mundo desde comienzo de este nuevo milenio<sup>2</sup>. Esta transformación está impulsada principalmente por los nuevos medios disponibles para crear y divulgar información mediante tecnologías digitales.

La SI se puede entender como el espacio social altamente dinámico, abierto, globalizado y tecnologizado, donde el conjunto de relaciones sociales (acción e interacción de los individuos, procesos de producción material y espiritual) se apoyan y realizan a través de la información<sup>3</sup>.

Su origen se remonta a los años sesenta cuando comenzó a percibirse que la Sociedad Industrial empezaba a evolucionar hacia un modelo de sociedad distinta, en la que el control y la optimización de los procesos industriales en tanto que claves económicas, son reemplazados por el procesamiento y manejo de la información<sup>4</sup>.

Por tanto, el efecto de la SI se caracteriza por un cambio o desplazamiento de paradigma en las estructuras industriales y en las relaciones sociales. El factor diferencial que supone la SI, es que cada persona u organización no solo dispone de sus propios almacenes de conocimientos, sino que también tienen la capacidad casi ilimitada de poder acceder a la información que generan los demás y el potencial para convertirse él mismo en un generador de la información para otros<sup>5</sup>.

Los flujos de información, las comunicaciones y los mecanismos de coordinación se están digitalizando en muchos sectores de la sociedad, proceso que se traduce en la aparición progresiva de nuevas formas de organización social y productiva. Esta "actividad digital", que se va convirtiendo poco a poco en un fenómeno global, tiene su origen fundamentalmente en las sociedades industrializadas más maduras. De hecho, la adopción de este paradigma basado en la tecnología está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo de la sociedad<sup>2</sup>.

Sin embargo, la tecnología no es sólo un fruto del desarrollo (por ser consecuencia de éste), sino también, y en gran medida, uno de sus motores (por ser una herramienta de desarrollo). Este proceso dinámico anuncia un cambio fundamental en todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo la difusión de los conocimientos, el comportamiento social, las prácticas económicas y organizacionales, el compromiso político, los medios de comunicación, la educación y la salud, el ocio y el entretenimiento<sup>6</sup>.

Nos encontramos, sin duda, en medio de una gran revolución, tal vez la mayor que la humanidad haya experimentado. Con el fin de poder beneficiar a toda la comunidad, el crecimiento exitoso y continuo de esta nueva dinámica requiere una discusión a nivel mundial y una armonización en las áreas adecuadas<sup>7</sup>.

La noción de Sociedad del Conocimiento (SC) es conceptualizada como una innovación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), donde el incremento en las transferencias de la información modificó en muchos sentidos la forma en que desarrollan muchas actividades en la sociedad moderna<sup>8</sup>.

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) el concepto pluralista de la SC, va más allá de la SI, ya que

apunta a transformaciones sociales, culturales y económicas en apoyo al desarrollo sustentable. Los pilares de las SC, son el acceso a la información para todos, la libertad de expresión y la diversidad lingüística<sup>9</sup>.

Al hablar de las SC, se habla de una sociedad en la que las condiciones de generación de conocimiento y procesamiento de información han sido sustancialmente alteradas por una revolución tecnológica centrada sobre el procesamiento de información, la generación del conocimiento y TIC. Esto no quiere decir que la tecnología sea lo que determine; la tecnología siempre se desarrolla en relación con contextos sociales, institucionales, económicos, culturales, etc.<sup>8</sup>

La diferencia que existe entre la SC y la SI, es que la información no es lo mismo que el conocimiento, siendo la información un instrumento del conocimiento, se compone de hechos y sucesos, son aquellos elementos que obedecen principalmente a intereses comerciales. El conocimiento es aquel que puede ser comprendido por cualquier mente humana razonable, se define como la interpretación de dichos hechos dentro de un contexto y que está encaminada hacia alguna finalidad<sup>8,9</sup>.

### **1.3 El usuario de la información**

Hacia una definición de "usuario", se puede partir de que este no es un objeto de estudio como podemos concebir de una planta, un animal o una casa, sino un ser complejo y multifacético, que tiene comportamientos impredecibles, por lo cual su estudio debe tomar en cuenta esta complejidad<sup>10</sup>.

El usuario de la información (UI), es todo aquel individuo que necesita información para llevar a cabo sus actividades, es por esta razón que todos los seres humanos somos en determinadas circunstancias UI, puesto que todos necesitamos de ella para realizar nuestras actividades cotidianas<sup>10</sup>.

El UI, puede situarse en diferentes contextos de comunicación y de información, entre ellos se incluyen en primera instancia, al usuario como "comunicador", el cual se caracteriza por recurrir a recursos de información, ya sea personales o de la organización, al comunicarse con sus colegas dentro de la misma organización o con miembros de la sociedad<sup>1</sup>.

Al usuario como "buscador de información", se le concibe por cubrir todos los contextos, pero la comunicación de búsqueda de información se puede identificar como una tarea separada que incluye no tan solo la comunicación interpersonal, sino también el uso de "sistemas formales de información", definidos como cualquier aparato, producto o sistema necesario para la representación, almacenamiento, conservación, recuperación o reempaquetamiento de la información, entiéndase por estos, una biblioteca, servicio de información, revista primaria, base de datos en línea, archivos de registro de una organización, etc<sup>1,11</sup>.

Al usuario como "receptor" de los servicios de información se le denomina de esta manera porque no todos sistemas o servicios de información son pasivos, ya que algunos toman sus productos del usuario, como por ejemplo, la difusión selectiva de información y los boletines de actualización permanentes<sup>1,11</sup>.

El usuario como "utilizador de la información" es una paradoja, pues los estudios de usuarios se interesan de la mayoría de los aspectos pero no en el uso para el cual el buscador o receptor destina la información<sup>1,11</sup>.

#### **1.4 Necesidades de información**

El concepto de Necesidades de Información (NI), es central para el estudio del usuario en cualquiera de los contextos ya mencionados y considerando la centralidad, es muy común que exista confusión entre términos y poca connotación específica. Es muy frecuente escuchar que las bibliotecas, centros de información y cualquier otra unidad de información tienen como misión o propósito satisfacer las NI de los usuarios, pero en realidad esto no es una regla y no siempre sucede así<sup>12</sup>.

El escenario ideal sería aquel en el que cada biblioteca o centro de información cuente con un estudio para identificar las NI que tiene su comunidad, para poder decir que las conoce y para que este conocimiento sirva de parteaguas para conformar y mejorar los servicios de información que ofrecen y, que estos a su vez sean capaces de satisfacer las NI de los usuarios<sup>12,13</sup>. El estudio de usuarios y sus necesidades es el punto de partida para el diseño de la información que se oferta. Los efectos de estos estudios alcanzan la estructura y funciones de los sistemas

cuyas salidas son dichas ofertas y el objetivo es el usuario, que al final constituye su mercado<sup>14</sup>.

La diversidad de términos existentes en cuanto a las NI, son el resultado de un proceso humano que tiene una relación estrecha con varios conceptos, entre ellos: necesidad, información, recuperación de información, ciencias de la información, conocimiento, búsqueda de la información y estudio de usuarios<sup>15</sup>. Sin embargo la confusión tiene una base aún más fundamental y se encuentra en la asociación de dos palabras: información y necesidad; esta asociación sugiere al concepto combinado con connotaciones de una necesidad básica, similar a otras necesidades básicas, como en el caso de las necesidades humanas. El hombre como ser vivo tiene necesidades fisiológicas y son las primeras que tiene que satisfacer, habiendo satisfecho estas necesidades básicas, los requerimientos de más alto nivel incluyen satisfacer las NI<sup>16</sup>.

La jerarquía de las necesidades de Maslow (figura 1), tiene cinco niveles, en primer lugar, se encuentran las necesidades fisiológicas más básicas y más importantes de todas, pero son las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización (necesidad de liberarse de la sed, del hambre, de aliviar el dolor, el cansancio y el desequilibrio fisiológico, necesidad de dormir, sexo, etc.)<sup>17</sup>.

Figura 1. Jerarquía de necesidades de A. Maslow.



Fuente: elaboración propia.

En segundo, se encuentran las necesidades de seguridad. Si las necesidades fisiológicas fueron previamente satisfechas o no son un obstáculo serio para la persona, las necesidades de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llega sólo hasta este nivel (preocupación por ahorrar, por comprar bienes y seguros para obtener una vida ordenada, cierta, y un futuro predecible, en el cual ya no se produzcan riesgos o peligros para la integridad personal o familiar)<sup>17</sup>.

En tercer lugar, las necesidades de amor y pertenencia, las cuales se orientan de manera social y constituyen la voluntad de reconocer y ser reconocido por los iguales, de sentirse arraigados en lugares e integrados en redes y grupos sociales. Para realizarse requieren que se haya alcanzado cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad (necesidad de amigos, de compañeros, de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto)<sup>17</sup>.

En cuarto lugar yacen las necesidades de autoestima, que se asocian a la esfera psicológica. Su satisfacción es necesaria para la evaluación personal y el reconocimiento de cada persona, tomando como punto de referencia a los demás. Se les puede subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se relacionan al respeto de otros. Entre éstas se encuentran la necesidad de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, admiración, confianza en sí mismo, autovalía y autoaceptación<sup>17</sup>.

En quinto lugar, las necesidades de autorrealización. Estas pertenecen al segundo bloque de necesidades de más alto nivel o más subjetivas en la gradiente establecida por Maslow. Son difíciles de describir debido a que varían de un individuo a otro, e incluyen la satisfacción de la individualidad en todos los aspectos. Para que una persona inicie su proceso de autorrealización debe haber satisfecho muchas necesidades de nivel más bajo, para que éstas no constituyan un obstáculo ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo. Las personas que desean llegar a la autorrealización desean ser libres para ser ellas mismas. Entre ellas se encuentran las necesidades de satisfacer nuestras propias capacidades, de

desarrollar nuestro potencial, de hacer aquello para lo cual tenemos mejores aptitudes y la necesidad de desarrollar y ampliar los metamotivos (descubrir la verdad, crear belleza, producir orden y fomentar la justicia)<sup>17</sup>.

Maslow, también menciona otros dos tipos de necesidades: las de tipo cognitivo y estético, pero no las ubica en un lugar específico dentro de la pirámide. Las necesidades cognitivas, de saber y comprender provienen de las necesidades más básicas. Todo ser humano normal intrínsecamente desea saber y comprender, ya que no es un ser pasivo que considere la realidad como algo meramente dado. La insatisfacción de estas necesidades conduce a la frustración y al egoísmo<sup>17</sup>.

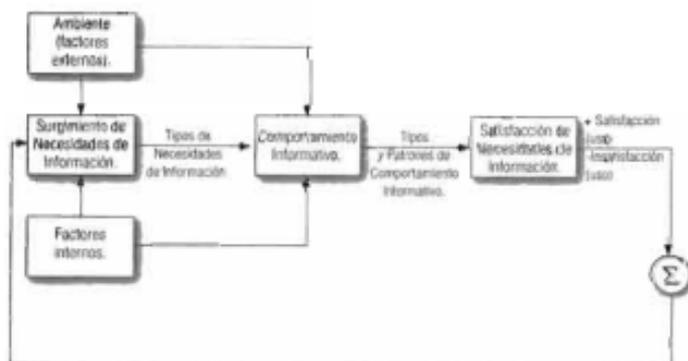
Las fases que conforman el fenómeno de las NI según Calva González JJ, se pueden resumir en tres partes fundamentales, las cuales se presentan de forma consecutiva y se esquematizan de la misma forma para su interpretación: 1) surgimiento de las NI; 2) la manifestación de las NI a través de un comportamiento informativo y; 3) la satisfacción de dichas necesidades de información (figura 2)<sup>18</sup>.

En la primera etapa se constituye el origen del fenómeno y la base del desarrollo del mismo. En esta fase, las unidades de información requieren de comprender los mecanismos a través de los cuales surgen las NI en los usuarios y permitirá al profesional de la información responder con los documentos que sean capaces de satisfacer a los usuarios. Al quedar identificadas las NI, los datos derivados de la investigación serán de utilidad para el desarrollo de las colecciones documentales, el diseño de servicios de información y la atención adecuada del usuario<sup>18</sup>.

En cuanto a la fase del comportamiento de búsqueda de información, el usuario es motivado a buscar la satisfacción de dichas necesidades<sup>18</sup>. El comportamiento informativo humano se puede definir como la totalidad de comportamientos, ya sean activos o pasivos, que las personas emplean para acceder, organizar y usar la información, lo cual no solo incluye los pasos proactivos para conseguir el acceso sino también la recepción pasiva de información, que puede ser usada en el mismo momento o posteriormente<sup>19</sup>. Comprender el comportamiento informativo en los profesionales médicos es importante para comprender sus NI, las cuales motivarán la búsqueda de la información<sup>20</sup>.

En lo que respecta a la satisfacción de las NI, esta etapa constituye la parte valorativa, en donde se establece la satisfacción o insatisfacción. La satisfacción o no de las necesidades que perciba el sujeto con respecto a su necesidad lo llevará a la aparición de nuevas necesidades de información y comportamiento informativo<sup>16</sup>.

FIGURA 2. Modelo NEIN (Necesidades de Información)



Fuente: Tomado de Calva González J.J. Necesidades de información y comportamiento en la búsqueda de información de los adolescentes [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2010. 252 p.

Cuando el usuario tiene el estímulo del cual surge la NI, acude a satisfacer su necesidad en la unidad de información que más le conviene y así demuestra un comportamiento cuyo análisis indica múltiples aspectos relacionados a cómo el usuario satisface normalmente sus necesidades de información. Las necesidades adquiridas y los condicionantes cognitivos que influyen en la percepción y en el procesamiento de la información, no son las mismas para todos los usuarios, ya que estos tienen diversos intereses, e inclusive varían dentro del propio sujeto, dependiendo del entorno en el que se produce la necesidad y los objetivos que pretende conseguir<sup>21</sup>.

En contexto con Izquierdo M.<sup>21</sup>, se puede categorizar a los UI en función de criterios sociodemográficos y psicossociológicos:

- a) los criterios sociodemográficos son fáciles de identificar y de cuantificar, sus variables se pueden englobar en categoría socio-profesional, especialidad científica, naturaleza de la actividad para la cual se busca la información, el objeto de la relación con los sistemas de información, etc.
- b) los criterios psicossociológicos pueden determinar las actitudes y los valores del usuario con relación a la información en general; los factores que determinan su necesidad; el comportamiento que manifiesta el usuario hacia las unidades de información; los procesos de adquisición y procesamiento de la información; cómo se seleccionan las fuentes de información; cómo formula sus preguntas; cómo escoge la información, sus preferencias en cuanto a fuentes de información; grado de confiabilidad que concede a las diferentes fuentes de información; las condiciones materiales y hábitos de trabajo; el uso dado a la información suministrada, etc. En el caso de la información científica, es necesario analizar todo el circuito de la información, que va desde su producción hasta los procesos de tratamiento y transferencia de la información.

Existen muchos otros factores en la existencia de una necesidad, como lo es la importancia de satisfacer esa necesidad, la penalidad que adjudica el actuar sin toda la información, la disponibilidad de las fuentes de información y los costos de usarlas, etc<sup>21</sup>.

Hacia una definición de lo que son las NI, según Calva G, estas son "la carencia de conocimiento e información sobre un fenómeno, objeto, acontecimiento, acción o hecho que tiene una persona, razón por la cual, esta se coloca en un estado de insatisfacción que la motiva a presentar un comportamiento para buscar la información"<sup>22</sup>.

### **1.5 El acceso a la información técnico-científica**

Durante la última década, el mundo de la publicación científica se ha transformado por el acceso abierto a la información. El acceso a la información, en el sentido estricto se refiere a la habilidad no solo de obtener, sino también de construir y distribuir los resultados de un trabajo de investigación. El gran incremento en el

acceso al conocimiento científico ha beneficiado a los investigadores que tienen tiempo para buscar la literatura, pero para los profesionales de la salud no resulta de gran ayuda debido a que la gran masa de literatura no les permite contestar sus dudas de manera segura y de inmediato<sup>23</sup>.

La medicina es un campo altamente orientado por la información y se ha estimado que los médicos necesitarían revisar aproximadamente dos millones de piezas de información para el manejo de los pacientes, pero el inadecuado acceso a los recursos de información compromete la atención del paciente. Aunado a esto, los médicos que laboran en áreas rurales, lo hacen en ambientes que limitan la posibilidad de acceder a los recursos de información, además, enfrentan incontables problemas debido a la indisponibilidad de bibliotecas en ciencias de la salud, poco acceso tanto a las TIC, como a infraestructura y a servicios de información<sup>24</sup>.

La información representa una necesidad para todos, en cada momento del desarrollo de nuestra actividad laboral y profesional, aunque por otra parte, el aumento de la información en la Sociedad de la Información y del Conocimiento, hace cada vez más difícil el acceso a fuentes de información confiables que contengan un carácter científico y que sean de buena calidad<sup>25,26</sup>.

En su práctica diaria, el profesional sanitario debe tomar múltiples decisiones sobre la atención de sus pacientes. La expresión Medicina Basada en Evidencia (MBE) se refiere al proceso sistemático de búsqueda, evaluación y uso de hallazgos de la investigación biomédica como base esencial para esta toma de decisiones.

La práctica de la MBE consiste en los cuatro pasos siguientes<sup>27</sup>:

1. Reconocer las necesidades de información y convertirlas en preguntas clínicas.
2. Localizar de forma eficiente las mejores evidencias científicas disponibles.
3. Evaluar críticamente la validez y utilidad de estas evidencias.
4. Aplicar los resultados a la práctica clínica.

La MBE proviene de analizar las mejores evidencias obtenidas de los estudios clínicos, la opinión de expertos o ambos; de este análisis se derivan

recomendaciones. Las evidencias y las recomendaciones se clasifican de acuerdo con la procedencia de los datos y la efectividad de los resultados<sup>28</sup>:

La piedra angular de la MBE es la revisión sistemática de la información, a la vez que una actividad científica de importancia clave, tanto en la investigación como en su aplicación. No es lógico que los profesionales de la salud, gestores o los propios pacientes, que desean obtener información válida sobre los efectos de la atención de salud, revisen directamente las evidencias relevantes en los estudios originales; éstos, además, son tan numerosos y dispersos que impiden su uso práctico<sup>29</sup>.

La mayoría de los médicos que necesitan información en salud deben confiar en la revisión de las investigaciones originales como una vía para enfrentar la gran cantidad de información por verificar. Aunque algunos autores refieren que la calidad de las revisiones es deficiente, debido a que la mayoría de sus editores no realizan su tarea sistemáticamente con respeto a los principios científicos, en especial en el control de los sesgos y los errores aleatorios<sup>29</sup>.

Según Lifshitz, la MBE se relaciona ampliamente con la información y el acceso a la misma, por lo tanto los médicos que pretendan ejercerla, deben poseer ciertas características que en la actualidad no poseen todos los egresados de una escuela de medicina<sup>30</sup>:

1. Desarrollar una práctica reflexiva
2. Ser experto en las estrategias de búsqueda de información
3. Capacidad de analizar críticamente la literatura
4. Toma de decisiones
5. Análisis de resultados de la investigación

A pesar de la amplia difusión de la MBE, en los últimos años el debate sobre su utilidad genera reacciones controvertidas entre clínicos. Algunas críticas se centran en conceptos y percepciones erróneas, como su supuesto olvido de valores y preferencias del paciente o su fomento de planteamientos rígidos que limitan las decisiones médicas<sup>31</sup>.

Por mucho que se hable de esta metodología, algunos autores manifiestan que no es suficiente para cambiar los hábitos, ni de la población ni de los profesionales de la salud, por razones de comodidad, desconocimiento, hábitos arraigados y tal vez otras cuestiones económicas que pueden llegar a influir al momento de cambiar sus costumbres<sup>31</sup>.

Otros autores consideran que está basada empíricamente pero sin una sólida base científica, e incluso hay quien teme que pueda utilizarse mediante gestores para recortar gastos. En cualquier caso, a pesar de estas controversias, resulta innegable el importante avance que ha supuesto para la práctica clínica de los sanitarios<sup>31</sup>.

Entre los profesionales médicos, las principales críticas que hacen a esta metodología son, la escasez de investigación relevante y el fracaso por integrarla en la compleja consulta del médico, donde las decisiones clínicas son la consecuencia de una serie de fenómenos complejos en los que intervienen múltiples factores<sup>31</sup>.

La investigación sobre el impacto de la MBE en la atención sanitaria, sugiere que la inaccesibilidad a fuentes de información de calidad, la falta de tiempo y la necesidad de conocimientos y habilidades para apreciar de manera crítica la información, son barreras para su aplicación en la práctica cotidiana<sup>32</sup>.

Al revisar estudios realizados sobre esta metodología, se puede encontrar que, en general, su actitud hacia ella es positiva, y que consideran que les ayuda en la toma de decisiones y mejora los resultados en salud de sus pacientes. Sin embargo, los médicos también temen que los aleje del arte de la medicina y reduzca su autonomía clínica<sup>31</sup>.

Los profesionales de la salud deben utilizar la tecnología de forma razonable, evaluar el costo, riesgo y beneficio para el paciente: ese es el aporte de la evidencia; pero el componente humano debe darles la capacidad de saber cuándo hay que hacer una excepción, cuándo hay que usar la experiencia propia o la de otros colegas y aplicarla al paciente en el que no se corresponde lo que sugiere la evidencia<sup>33</sup>.

Por esta razón, se puede decir que se necesitan médicos que conserven los principios humanistas y éticos, que tengan la capacidad de otorgar atención conforme a las normas de calidad, conocimientos en medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato individualizado, buscando siempre la comunicación permanente en la relación médico-paciente, cuyo resultado, sin duda alguna permitirá mejorar el nivel de salud y bienestar de la población<sup>34</sup>.

## **1.6 Fuentes de información en salud**

### **1.6.1 Internet**

Con la Web 2.0 el Internet ha llegado a su fase de crecimiento y finalmente en la actualidad está siendo utilizado como originalmente estaba pensado, es decir, para poner en contacto a la gente, para comunicarse con sus semejantes, para compartir información que necesitan unos y otros, y representar un medio de expresión de la inteligencia colectiva de la humanidad donde todos tienen el poder o el derecho de participar<sup>35</sup>.

La Web transforma la manera de acceder y compartir el conocimiento general y en especial la información médica, incluso algunos autores consideran que es una útil herramienta clínica que puede auxiliar el diagnóstico médico<sup>36</sup>. La rapidez, economía y versatilidad con que fluye la información y la comunicación a través de Internet lo ha convertido en un medio fundamental para la transmisión del conocimiento y la interacción social, en virtud de estas características, Internet ha conseguido que una gran masa de personas y organizaciones sean parte de esta revolución tecnológica<sup>37</sup>.

Dentro de la práctica y el ejercicio de la medicina se requieren insumos adicionales a los dispositivos médicos y los medicamentos, la información, y las principales fuentes de acceso son las bases de datos bibliográficas, sin embargo para lograr un adecuado desarrollo de las potencialidades de Internet, es necesario que haya una confianza en los sitios Web que se consultan<sup>38</sup>.

Se debe acudir a ellas como parte del proceso de evaluación crítica de la literatura, ya que son recursos avalados por unidades académicas y científicas y actualmente y gracias a programas liderados por organismos como la Organización Mundial de

la Salud (OMS) que pretenden lograr la universalización de acceso a conocimiento científico que se produce en medicina y otras ciencias<sup>39</sup>. Se han creado además, proyectos de acceso abierto a muchas bases de datos que no requieren pago para ser consultadas, esto ocurre prioritariamente en países con bajos ingresos<sup>40</sup>.

Tal es el caso de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), este modelo de gestión de la información opera en Internet y está basada en redes de productores, de intermediarios y de usuarios de la información, para la disseminación y calidad de la información que se genera en el ámbito de salud. La BVS, pretende estimular demandas de los esfuerzos para que los productores e intermediarios de la información ofrezcan soluciones eficaces y de innovación tecnológica que potencien disseminación, interacción, integración, mediación y navegación con un amplio número de fuentes de información<sup>41</sup>.

El acceso a Internet y a cualquiera de los recursos que ofrece, permite rastrear la información que necesita el usuario, esta utilización puede llevar desde microsegundos hasta un tiempo prolongado, esto va a depender de la información que se esté buscando y de las estrategias de búsqueda que lleve a cabo para obtener la información que satisfaga su necesidad informativa<sup>42</sup>.

Los médicos y el profesional de enfermería, tienen a su disposición un grupo de fuentes de información cuya utilización es fundamental para el desarrollo de sus actividades en su ámbito laboral, debido a que el uso de la información es considerado como una fuerza de desarrollo en general y de la ciencia médica particularmente<sup>43</sup>.

En contraparte a lo que pudiera pensarse, recientes trabajos<sup>44-47</sup> han revelado las dificultades que el personal sanitario enfrenta para utilizar estas herramientas. El reto que constituyen estas herramientas consiste en saber utilizar las bases de datos en forma adecuada, es decir, conocer las características generales del recurso, elementos descriptivos, realizar la búsqueda por temas o descriptores, realizar búsquedas avanzadas, uso de delimitadores, etc<sup>42</sup>.

El uso de Internet ha favorecido que la información fluya de una persona a otra, de un colectivo a otro y con una rapidez que antes no era posible pensar. Con el

crecimiento de las posibilidades de acceso y la facilidad de no ir a un lugar en específico para entrar a Internet este aumenta sus posibilidades de utilización por una gama mayor de sectores sociales<sup>48</sup>. Es posible argumentar que este recurso es imperativo e imprescindible para la mejorar la práctica clínica y la salud pública.

### **1.6.2 Biblioteca médica especializada**

La misión de las bibliotecas especializadas en ciencias de la salud está encaminada a satisfacer las necesidades de un grupo de usuarios con requerimientos específicos del campo de la medicina y se caracterizan por su lugar de circunscripción, su limitación a una sola materia o un grupo de temas relacionados, el tipo de usuarios y sus servicios de información<sup>49</sup>.

Las bibliotecas médicas, son instituciones que están al servicio de las investigaciones sobre salud, de ahí su denominación como bibliotecas científicas, estas a su vez deben encargarse de la formación profesional en su área, de las campañas de prevención mediante la oferta de información de salud y su divulgación, además tienen funciones de esparcimiento para los pacientes con una larga estadía en el hospital<sup>50</sup>.

La mayoría de las personas relaciona la biblioteca directamente con el estudio, y esa visión no permite apreciar la lectura como un ocio. Gran parte de la población no sabe utilizar las bibliotecas ni como consultar sus fondos. Sus instalaciones están destinadas a estudiantes que llevan sus apuntes y el público adulto no se siente cómodo y es normal que entre los jóvenes se comente que dejar de visitar la biblioteca es de algo de "mayores". Esta forma de concebir la biblioteca refleja un desconocimiento de sus posibilidades y la pésima imagen, la biblioteca puede y debe mejorar la comunicación y su misión de información con sus usuarios<sup>51</sup>.

La gestión de la información no puede ser ajena a las necesidades que tienen los usuarios y no fue sino hasta hace algunos años atrás que la concepción que se tenía de la biblioteca como una entidad conservadora de fondos y divulgadora de conocimientos cambió, para dar lugar al reconocimiento de los usuarios como la parte más importante dentro de la organización y disposición del centro<sup>52</sup>.

### 1.6.3 Centro de información de medicamentos

Los Centros de Información de Medicamentos (CIM), se definen como unidades operacionales que proporcionan información técnico científica sobre medicamentos en forma objetiva y oportuna y constituyen una estrategia óptima para atender necesidades particulares de información<sup>53</sup>. Otra definición que complementaría la anterior sería, "un sistema de conocimientos y técnicas que permite la comunicación de datos y experiencias sobre medicamentos para promover su uso racional"<sup>54</sup>.

El objetivo que persiguen los CIM es brindar información sobre medicamentos, debidamente procesada y evaluada, calificada e independiente, que contribuya al uso racional del medicamento en la práctica clínica, minimizar el impacto de sus efectos adversos y de sus costos a nivel individual y colectivo<sup>55</sup>.

Las actividades orientadas a la organización y establecimiento de los CIM a través del Programa de Medicamentos Esenciales (PRME), dieron inicio en 1986 en Centroamérica y posteriormente se extendieron al área de Los Andes. El interés del PRME en auspiciar el establecimiento de CIM se fundó en la necesidad de ofrecer a los profesionales de la salud de los Países Miembros, una fuente de información técnico científica sobre medicamentos en apoyo al uso racional de los medicamentos (URM)<sup>56</sup>.

Entre los factores que incidieron en esta decisión se mencionan: la insuficiencia u operación inadecuada de fuentes de información independientes de información, los altos costos relacionados con el uso inadecuado de medicamentos, la necesidad de modificar patrones de prescripción y, la necesidad de elevar la calidad y accesibilidad de información de medicamentos<sup>56</sup>.

La disponibilidad de fuentes de información técnico científica sobre medicamentos que sean confiables, actuales e independientes, así como su utilización apropiada, son requisitos indispensables para garantizar su uso racional. Para lograr lo anterior, es necesario observar factores como lo es, la disponibilidad en el mercado de una amplia gama de información de medicamentos, las cuales obedecen a fuentes de naturaleza diferente y cuyo compromiso e intereses no siempre garantizan la objetividad que se requiere<sup>56</sup>.

Los altos costos de acceso a las diversas fuentes disponibles, que es más acentuado en países con una débil situación económica, así como el tiempo que demanda tanto la búsqueda como el análisis de la información disponible son factores que también son tomados en cuenta ya que la mayoría de los usuarios no cuentan con recursos y tiempo suficiente o tienen grandes limitaciones para ello<sup>56</sup>.

Por otra parte, la solución de problemas de salud relacionados con medicamentos, en todos los casos demanda un proceso de selección, análisis y evaluación tanto de las fuentes de información disponibles como de calidad de la información misma, a fin de que esta sea pertinente a la problemática que se quiere atender y sirva a los objetivos que se desean alcanzar<sup>56</sup>.

Los CIM cuentan con bases de datos y fuentes de información de medicamentos, así mismo, tienen profesionales especialmente capacitados que general información independiente y pertinente a las solicitudes que se formulan o a la necesidad que se identifique<sup>56</sup>.

Es por esta razón que los CIM ocupan un lugar insustituible en el proceso de atención a la salud, pues es un instrumento idóneo para que el usuario, en su búsqueda y acceso a las fuentes disponibles de información científica, reciba la información apropiada a la solución de su problema o necesidad.

### **1.7 La relación entre la industria farmacéutica y los médicos**

En el momento de prescribir, el médico está influenciado por la administración sanitaria, la Industria Farmacéutica (IF), el paciente y el especialista del hospital, que condiciona una parte de su prescripción<sup>57-59</sup>. Según la OMS, la promoción farmacéutica son "todas las actividades informacionales persuasivas de fabricantes y distribuidores, cuyo efecto induce la prescripción, suministro, adquisición y uso de medicamentos"<sup>60</sup>.

Para lograr vender un medicamento, la IF habrá tenido que gastar previamente una gran cantidad de dinero y es lógico que hará lo posible para recuperar lo invertido, para lograrlo, tendrá que influenciar al médico sobre las ventajas de prescribir su producto<sup>61</sup>.

Prescribir no es un acto tan solo de llenar una receta, es un acto médico que realiza un profesional que tiene facultades legales y conocimientos técnicos necesarios, tiene habilidades para escuchar y comunicarse y, es capaz de reflexionar sobre los valores y actitudes enmarcadas en dicho acto<sup>57</sup>.

Sin embargo, la preocupación por las relaciones entre los profesionales de la salud y la IF, se fundamenta por la influencia de la IF en la toma de decisiones en cuanto a la prescripción y dispensación, dado que las herramientas que la IF emplea pueden repercutir en el uso y selección de los tratamientos. Dicha influencia puede llevar a utilizar medicamentos que no son óptimos y que pueden causarle al paciente un detrimento en su salud<sup>59,62</sup>.

En la prescripción, la relación médico-paciente se ve afectada principalmente por los principios de no-maleficencia, beneficencia y autonomía. El primero insta a no hacer daño al paciente con la prescripción, lo cual es prácticamente imposible, dado que la mayoría de los tratamientos están sujetos a producir efectos secundarios y daño potencial, ante esto el médico debe prescribir fármacos de eficacia probada y tener en cuenta las indicaciones, efectos secundarios e interacciones más comunes o importantes<sup>57,58</sup>.

El médico debe establecer si la prescripción está indicada o no en un caso concreto, la mejor decisión para el paciente de manera individual a veces es incierta, pero la decisión que se tome debe ser aquella que reduzca la incertidumbre<sup>61</sup>.

El principio de beneficencia, persigue un mayor beneficio para el paciente, por esto, los médicos están obligados a prescribir con indicaciones correctas y basadas en la medida de lo posible en evidencia científica, ante esto, el médico debe estar actualizado con información sobre medicamentos que provenga de fuentes independientes. El acto de utilizar como fuente principal la información que proporciona la IF, es considerado como incompatible cuando se pretende lograr que la prescripción se realice de manera racional y ética. En cuanto al principio de autonomía, este obliga a respetar la elección de un paciente bien informado sobre las alternativas farmacoterapéuticas que se ofrecen y el principio de la justicia obliga

a utilizar de manera equitativa los recursos de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población<sup>57</sup>.

Uno de los campos de la bioética es su incidencia sobre el manejo de los recursos de manera eficiente. La búsqueda de alternativas farmacoterapéuticas es un punto de interés para la solución de problemas específicos y aunque los medicamentos son una variable fundamental del sistema de salud no deben menospreciarse sus efectos adversos y las consecuencias económicas de su manejo<sup>63</sup>.

En los sistemas sociopolíticos democráticos, el concepto de equidad está profundamente arraigado y es complementario al de universalidad. En el área de la salud, este concepto se basa en la igualdad de trato y accesibilidad de los servicios y en la igualdad de la productividad de los servicios, expresados en datos demostrables<sup>64</sup>.

La asignación de recursos a una actividad implica el coste de oportunidad de no poder usarlos en otra, lo que justifica la necesidad de tratar de asegurar que los servicios se presten de forma eficiente y eficaz, consumiendo una cantidad óptima de recursos y cumpliendo los objetivos concretos para los que se destinaron esos fondos<sup>65</sup>.

Se entiende por eficacia, la capacidad técnico-científica para lograr mejoras. En el caso de la actividad sanitaria, la curación, la mejoría, la rehabilitación, la protección, el diagnóstico y el pronóstico. Muchas actividades sanitarias tienen un efecto adecuado (eficaz) probado y otras muchas, tienen una eficacia muy discutible<sup>66</sup>.

Recordemos que la salud es un bien escaso y su obtención y mantenimiento exigen trabajo y dinero. Para lograrla es coherente satisfacer necesidades que se expresan en forma de demanda más el costo de oportunidad que implica renunciar a otros bienes, mediante una función de producción que combine el uso eficiente de recursos para obtener el mayor impacto social y que sirva como medio para alcanzar la equidad. Esta tarea no solo recae en las personas que se encargan de la actividad económica sino que también engloba a los trabajadores del Sistema de Salud (SS)<sup>67</sup>.

La introducción de los análisis económicos en los SS han permitido la incorporación de conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de modo efectivo y no solo en función del costo de impacto sobre la morbimortalidad, sino también sobre la calidad de vida<sup>68</sup>.

A muchos médicos les resulta incómodo incorporar aspectos económicos en el acto de la prescripción y algunos otros no llegan a plantearlo, con el argumento de que esto coartaría su libertad de prescripción, pero hay un deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación. La medicina moderna es muy costosa por su mercantilización y su concepto mismo, los altos costos producen desigualdad y, aunque la desigualdad ha existido siempre, es salvo excepciones, gigantesca<sup>69</sup>.

El concepto básico actual de la medicina tiende a propiciar el incremento de los gastos por su enfoque curativo unilateral, es decir, una salud pública que se concentra en el tratamiento de enfermedades en conjunto con el progreso técnico-científico y aunque el diagnóstico y tratamiento son indispensables, hay que reclamar también el conocimiento sólido de los determinantes sociales de la salud<sup>70</sup>.

Se entiende por dilema ético "aquel que compete a la naturaleza moral", es decir, aquel que plantea de qué manera obrar bien, cómo evitar hacer daño, cómo valorar las consecuencias y lograr lo mejor para la mayoría de las personas involucradas en una determinada situación que se enmarca en reglas morales. Un dilema ético no implica tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino tener que elegir entre dos cosas que se consideran correctas<sup>71</sup>.

La IF tiene como finalidad general productos que mejoren y prolonguen la vida humana, mediante la investigación e innovación en ciencias básicas y clínicas, debe también obtener utilidades quienes invierten sus recursos financieros en las empresas que investigan y producen los medicamentos. La IF es la más rentable del mundo y ha llegado a tener un crecimiento económico sostenido durante las últimas cinco décadas gracias al aumento de precios, del consumo y del número de marcas que se comercializan. Es lo anterior, uno de los dilemas éticos más importantes de la IF, es decir, no hay dilema cuando la IF y sus inversionistas ganan

dinero y producen mejoras en salud, en cambio, sí lo hay cuando para generar ganancias, se invierte en áreas rentables y se descuidan áreas sensibles como es el caso de las "enfermedades huérfanas"<sup>58,71</sup>.

Del mismo modo la presión por la rentabilidad se convierte en un enemigo de la objetividad, debido a que investigaciones cuyos resultados pueden ser negativos y que se traducen en pérdidas de la inversión o aquellas que evidencian efectos adversos graves para la salud, que significan además de pagar demandas por daños contra la salud, retirar moléculas de la circulación del mercado, ambas son un problema para el sector salud y una constante de conflictos de interés<sup>71</sup>.

Es tan importante el problema que desde el año 2004, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos exige a los laboratorios farmacéuticos publicar en una página web los hallazgos de todos sus estudios, incluyendo aquellos que fracasaron. Esta medida no solo busca proteger al profesional médico de información no fidedigna y sesgada, sino también obligar a la investigación en áreas sensibles de forma transparente<sup>71</sup>.

Debido a esto, la OMS insta a los estados miembros a tomar en cuenta los criterios éticos para la promoción de los medicamentos en el desarrollo de sus propios esfuerzos para asegurarse de que la promoción de medicamentos apoye el objetivo de mejorar el cuidado de la salud individual y colectivo mediante el URM<sup>60</sup>.

### **1.8 Uso racional de los medicamentos**

En los albores del siglo XXI, existe gran interés sobre los principios de seguridad y eficacia demostrados por los medicamentos y el uso racional de los mismos, en la cual se engloban las actividades dirigidas no solo al uso por el paciente, sino también a la adopción de medidas de formación e información de los profesionales sanitarios<sup>72</sup>.

Ante esto, en 1994 la OMS publicó la Guía de la Buena Prescripción<sup>73</sup>, dicha publicación se sometió a diversas pruebas durante su desarrollo antes de darla a conocer al público. En el documento se destaca la necesidad de que los estudiantes aprendan a tener en la mira la meta del tratamiento cuando se tomen las decisiones de prescripción.

El URM, se define como "aquel en el que los pacientes reciben los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características y durante el tiempo apropiado, con el menor coste posible para ellos y para la comunidad"<sup>57</sup>.

La falta de acceso a medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbimortalidad, sobre todo a raíz de infecciones infantiles y enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, epilepsia o enfermedades mentales. El uso de muchos medicamentos por el paciente (polimedicación), el uso inapropiado de antimicrobianos, en posologías inadecuadas o para infecciones no bacterianas, el uso excesivo de inyectables cuando hay disponibilidad de formas farmacéuticas orales más apropiadas, la prescripción en desacuerdo con las directrices clínicas, la automedicación hecha de una forma inapropiada de medicamentos comercializados bajo prescripción, son algunos de los ejemplos de uso inapropiado o irracional<sup>74</sup>.

Desde la Conferencia de Expertos de Nairobi sobre el Uso Racional de los Medicamentos, convocada por la OMS, se han multiplicado los esfuerzos para mejorar las prácticas de uso de los medicamentos<sup>75</sup>. En esta reunión se establecieron criterios éticos para la promoción de medicamentos, siendo el principal objetivo el URM<sup>76</sup>. Estos criterios deben contribuir a decidir si las prácticas publicitarias son compatibles con las normas éticas aceptables, aplicándose a cualquier producto anunciado como medicamento. El URM no solo está influenciado por el déficit de información y de capacitación, sino que intervienen otros factores como los conocimientos, actitudes y prácticas, los cuales varían entre países y por las condiciones socioeconómicas<sup>63</sup>.

El uso adecuado de un medicamento implica la selección correcta en cada escenario clínico del fármaco a prescribir basándose en términos de eficacia, seguridad, adecuación y eficiencia, a partir del mejor conocimiento científico disponible. Sin dudar que exista margen de mejora en este área de toma de decisiones sobre uso de medicamentos por los profesionales, no podemos olvidar

que en un nivel superior tendríamos que situar las estrategias desarrolladas por la autoridad regulatoria<sup>77</sup>.

Hablar del URM, es todavía difícil, ya que no se ha tomado conciencia de que esto se traduce no solo en un problema con el potencial de dañar de manera individual, sino de implicaciones que afectan a la salud pública y que contribuye como un factor para el incremento del gasto farmacéutico a nivel mundial<sup>78,79</sup>.

El proceso de toma de decisiones debe estar necesariamente fundamentado sobre criterios de priorización que permitan asignar recursos eficientemente y la evaluación económica en salud, constituye un instrumento valioso para llevar a acabo esos cometidos<sup>80</sup>.

Consecuentemente, el profesional sanitario debe disponer de las herramientas que le permitan fijar dichos criterios a la hora de elegir entre distintas alternativas. La farmacoeconomía parece emerger de nuevo, constituyéndose como una disciplina cardinal en nuestro quehacer y que permite aproximar al profesional sanitario a un escenario más acorde a nuestras posibilidades. La farmacoeconomía nos proporciona información sobre todos los aspectos económicos en el sector sanitario, aportándonos una perspectiva más amplia en el abordaje del análisis de todas las implicaciones del medicamento a través de herramientas metodológicas específicas<sup>81</sup>.

La inquebrantable relación que existe entre la garantía de calidad de los medicamentos, su uso racional y el acceso a los mismos es imperativo para asegurar la equidad y la eficacia de la prestación de los servicios de salud. La cultura de prescripción y de dispensación que en ocasiones menosprecia los criterios de selección y el manejo de evidencia científica, antepone sus decisiones por la influencia que ejercen las eficientes estrategias publicitarias e incentivos a los profesionales por parte de las compañías farmacéuticas<sup>82</sup>.

El papel y el uso de los medicamentos se presentan de manera habitual a la sociedad de forma distorsionada, a causa de una gran asimetría en la información sobre medicamentos que surte efectos tanto en los profesionales de la salud como en la población en general. Se puede observar cada vez más la inducción para el

uso innecesario de medicamentos y la introducción de nuevas patologías de dudosa relevancia y esto se constata en países cuyas legislaciones regulan el problema, misma que no se cumple o es insuficiente<sup>82</sup>.

### **1.9 Información sobre medicamentos para la toma de decisiones**

Las habilidades están constituidas por las ejecuciones o el conjunto de acciones, de índole tanto psíquicas como prácticas, que son reguladas conscientemente y mediante las cuales los seres humanos se pueden relacionar con el medio, en aras de transformarlo en correspondencia con sus necesidades<sup>83</sup>.

El proceso de la Toma de Decisiones (TD), se compone de una habilidad general muy importante que deben adquirir las personas para su apropiado desenvolvimiento en la vida. Se ha asumido conceptualmente que la TD es "la selección de una alternativa dentro de un rango de opciones existentes, considerando los posibles resultados de las selecciones realizadas y sus consecuencias en el comportamiento presente y futuro"<sup>84</sup>.

En el campo de la salud pública la TD, es un proceso que implica que los gobiernos tengan la capacidad de responder de manera continua a las circunstancias cambiantes, de manera que se anticipe a las amenazas emergentes e identifique formas para controlarlas. La capacidad exigida de los sistemas en salud pública para ofrecer tales respuestas de control es decididamente insuficiente en muchos países, siendo necesario fortalecer dichos procesos con métodos basados en evidencia<sup>85</sup>.

Las decisiones clínicas tienen un componente técnico que implica la recuperación y el uso de la información médica adecuada, un componente ético que se sustenta en los principios de beneficencia y no maleficencia, así como en el respeto a la autodeterminación del paciente, además de tener un componente económico relacionado con los costos derivados de cada decisión y que no puede quedar al margen<sup>30</sup>.

La TD es consustancial al proceso de atención médica, una parte importante de las consultas terminan con una prescripción, es posible decir que disponer de

información sobre medicamentos es un requisito esencial para guiar el ejercicio de la medicina<sup>86</sup>.

Las necesidades de información trascienden en la práctica clínica y la salud pública y algunos resultados de investigaciones sugieren que por cada cinco pacientes atendidos se genera una duda clínica<sup>32</sup>. Siguiendo con esto, otro estudio estima que se generan hasta dos dudas por cada tres pacientes atendidos<sup>87</sup>. Las actividades propias del ejercicio de la medicina requieren de insumos adicionales a los dispositivos médicos y los medicamentos, es decir, el acceso a la información y a bases de datos bibliográficas<sup>40</sup>.

Los profesionales que laboran en hospitales, dedican casi todo su tiempo al cuidado de sus pacientes, lo que hace que sus visitas a la biblioteca o un centro de información sean muy pocas<sup>31</sup>. Si se toma en cuenta que estos profesionales enfrentan de modo directo los problemas sanitarios y sociales de la población, al mismo tiempo que son los actores principales de la conservación, promoción y restablecimiento de la salud de las comunidades que atienden, debe entonces reconocerse que es necesario que estén actualizados constantemente.

Las TIC, han transformado la manera en que las personas, las organizaciones y las sociedades acceden a la información, estas tecnologías permiten la creación de nuevos entornos comunicativos, sociales y expresivos que favorecen el desarrollo de nuevas experiencias educativas, formativas y profesionales<sup>88</sup>.

En las décadas finales del siglo XX, se produjeron mayores transformaciones en materia de difusión, recuperación y uso del volumen cada vez más creciente de información existente en la Web y se acompaña de dificultades para encontrarla, organizarla y entregarla a los usuarios, lo cual es ocasionado por el aumento exponencial y la carencia de herramientas más efectivas para ser recuperada<sup>89</sup>.

Se estima que en 2007, el volumen de información producida, capturada y replicada a nivel global fue equivalente a 281,000 millones de gigabytes, con un incremento de 10 veces más en cinco años. En 2010, la magnitud de información digital creada y replicada fue de aproximadamente 1,203 exabytes (un billón de gigabytes)<sup>88</sup>.

Calidad, oportunidad y pertinencia, son parte de las condiciones de información que no deben estar ausentes, la información y el acceso a la misma son un binomio esencial y constituyen un imperativo ético. La información contribuye a la construcción del conocimiento y, si bien es necesaria, no es suficiente para cumplir con ese fin, ya que supone, de alguna forma, cierta asimetría en el saber, que no está exento de significados y sentidos<sup>88</sup>.

La MBE puede ayudar a subsanar esta incertidumbre y las decisiones deben tomarse de preferencia en datos objetivos y pruebas derivadas de revisiones sistemáticas, dejando en segundo lugar las opiniones o experiencias personales aunque no siempre es sencillo. A pesar de la utilidad de la MBE, se considera que aún tiene algunas limitaciones que dificultan su aplicación en la TD de la práctica cotidiana, debido a que muchas veces está basada en información epidemiológica y su valor puede ser relativo cuando se trata de la individualidad, además se requiere de una formación del médico para interpretar los datos que se le presentan, ya que en la mayoría de las veces la IF es la promotora de los estudios y presentan de forma sesgada los resultados a conveniencia y en la forma más adecuada que permita conseguir su utilización<sup>58,61</sup>.

El acceso equitativo a los datos tanto publicados como no publicados de la investigación constituye una prioridad. Esa información se debe compartir en el formato apropiado con toda una gama de responsables. Concretamente se ha de crear un entorno en el que los usuarios de la investigación puedan acceder y hallar los conocimientos relevantes para dar forma y fundamento al proceso de TD. Los principales usuarios de la investigación son los agentes políticos, profesionales de la salud, investigadores, el público, la sociedad civil, los pacientes, los gestores del sistema de salud y los aseguradores sanitarios<sup>90</sup>.

### **1.10 Estudios de usuarios**

Los estudios de usuarios (EU), se originan justamente cuando los funcionarios de las bibliotecas se dieron cuenta de que los procedimientos, objetivos, mejoras y alcances que establecieron, en cuanto a sus colecciones, inmuebles, recursos y servicios, todos ellos estaban incompletos si se dejaba al margen al usuario<sup>91</sup>.

Para realizar un EU es necesario llegar a comprender al usuario y así poder resolver sus requerimientos o solucionarle los problemas que se le presenten derivados de la información<sup>92</sup>. Los aspectos más importantes a tomar en cuenta en los EU son los siguientes<sup>13</sup>:

- a) El objeto de estudio es un sujeto, se ve al usuario en un continuo proceso de construcción del conocimiento
- b) Analiza situaciones particulares que conducen a las interacciones con el sistema, pero el foco es el usuario y no el sistema
- c) El individuo es visto en sus diferentes contextos
- d) Se estudia el sistema desde la visión del usuario, por ejemplo, cómo define éste necesidades en distintas situaciones, cómo se presentan estas situaciones al sistema y cómo hace uso de lo que el sistema ofrece

Cabe destacar también cuáles son los propósitos generales de los EU, los cuales se agruparon en cuatro rubros:

- a) Identificar las NI para la TD y para la evaluación de la efectividad de un sistema o servicio de información: 1) determinar si una biblioteca o sistema de información está cumpliendo su propósito, 2) determinar el nivel de éxito de programas y servicios, 3) establecer prioridades entre programas y servicios, 4) mejorar sistemas, servicios e instalaciones, 5) ayudar al diseño, continuidad, modificaciones o discontinuidad de programas y servicios específicos, 6) evaluar la adecuación de colecciones e instalaciones, 7) resolver problemas específicos y superar deficiencias, 8) apoyar demandas presupuestarias, 9) justificar la existencia del sistema o servicio ante una institución mayor o a otros grupos de usuarios que apoyan el sistema o servicio ante una institución mayor o a otros grupos de usuarios que apoyan el sistema, 10) actualizar las metas, y 11) solicitar sugerencias.
- b) Analizar la interacción del usuario con el sistema: 1) determinar el nivel de satisfacción del usuario y sus actitudes hacia las bibliotecas y los sistemas de información, 2) identificar los éxitos y los fracasos de los usuarios, 3) mejorar las relaciones públicas, determinar niveles de conocimiento de

programas y servicios y ayudar a la formación de los usuarios, 4) determinar patrones y niveles de uso, 5) determinar la proporción de usuarios potenciales que son usuarios reales, 6) facilitar la comprensión de la transferencia de la información, 7) mejorar el equipamiento del usuario de la información, 8) minimizar el número de obstáculos entre usuario e información, 9) determinar las prioridades del usuario, y 10) identificar las poblaciones de usuarios, usuarios potenciales y no usuarios.

c) Identificar las características generales del usuario: 1) determinar los intereses del usuario, estilos de vida, las opiniones, las actividades, las actitudes, las características psicológicas y demográficas, 2) identificar nuevas tendencias y necesidades, 3) estudiar el flujo de la información y los hábitos de uso de la literatura, y 4) identificar fuentes de información a la que recurren los usuarios tanto dentro como fuera de las bibliotecas y sistemas de información.

d) Apoyar los estudios científicos y comparativos: 1) probar hipótesis o conducir estudios comparativos con el objeto de aislar variables causales.

Según la actitud que presentan los usuarios ante la información, se les puede dividir en dos grupos: usuarios potenciales, son aquellos que necesitan la información para realizar sus actividades pero no son conscientes de estas necesidades, y no las expresan, y usuarios reales, estos, son conscientes de que necesitan y utilizan la información para desarrollar sus actividades cotidianas<sup>93</sup>.

Ahora, para llegar a comprender al usuario y resolverle sus requerimientos, es necesario percibir e identificar sus características, lo cual se puede resumir en que los EU son un área multidisciplinaria que analiza fenómenos relacionados con el usuario y la información como un binomio. Esta concepción deriva de la unión de dos fenómenos básicos de la Ciencia de la Bibliotecología y la Ciencia de la Información. Por esta razón, no se encuentra el usuario de un extremo y la información del otro, sino que son una conjunción<sup>93,94</sup>.

Los EU se basan en la premisa de que los servicios de información efectivos deben comenzar esclareciendo y comprendiendo las NI de sus usuarios<sup>95</sup>. Cuando se

conoce la esencia de los EU, es necesario también dejar esclarecido para qué son, o sea su función. El objetivo principal de los EU es determinar la posición del usuario en cuanto al flujo de información, desde su creación hasta el acervo cognoscitivo. Esto significa que el ciclo de producción de conocimiento comienza desde que el usuario identifica la carencia en su acervo de conocimientos y desea cubrirla, hasta que llega a cubrirla y crea o reinventa un conocimiento<sup>93,94</sup>.

De acuerdo con el problema y los objetivos planteados para esta investigación, el EU en la comunidad de médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara" se ajusta a las necesidades y los propósitos de la misma porque permite explicar a partir de la perspectiva de los médicos, los factores que están presentes en el proceso de las necesidades, la búsqueda de información y el grado de satisfacción con los flujos de información.

## Capítulo 2

### ANTECEDENTES

En este apartado se presenta una revisión con los estudios de usuarios de la información que se han realizado a nivel internacional. Es importante mencionar que su utilización dentro del área de la salud es muy poco usual. En México las investigaciones sobre las necesidades de información y las fases de las que se compone este fenómeno en los usuarios aún está en sus albores<sup>96</sup> y hasta el momento no se han identificado registros de estudios de usuarios aplicados a la comunidad médica. A continuación se presentan clasificados los estudios publicados y que han sido recuperados en otros contextos.

#### Cuba

Bermello, N y colaboradores<sup>97</sup>, realizaron una investigación para conocer las necesidades informativas de los médicos de familia, para la cual se confeccionó una encuesta que se distribuyó entre 55 médicos de los policlínicos del municipio de Güines, provincia de La Habana, con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos que poseían en relación a los servicios de información brindados por la biblioteca de su unidad en el año de 1999.

En este estudio se determinó que solo el 41 % de los encuestados asiste frecuentemente a la biblioteca de su unidad y que el 80 % no sabe redactar un artículo para publicar. De este trabajo se pudo concluir que el nivel de conocimientos en cuanto a fuentes y servicios informativos de los médicos de familia de estas unidades son todavía insuficientes.

García Jiménez E y colaboradores<sup>47</sup>, realizaron un estudio transversal en el Policlínico Universitario Puentes Grandes, con el objetivo de determinar el conocimiento de los profesionales y técnicos de la salud sobre la utilización y acceso a las bases de datos bibliográficos en el año 2011. La muestra se conformó por 87 usuarios y en el estudio se encontró que la mayoría de los profesionales no utilizan bases de datos para la búsqueda de información, entre las razones para no buscar en bases de datos se identificaron el desconocimiento y el considerar difícil su utilización.

En el año de 1999, Gallardo Pérez U y colaboradores<sup>98</sup>, realizaron un estudio descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario para identificar las necesidades sentidas de información en epidemiología de médicos y enfermeras de la familia pertenecientes a los policlínicos Reina y Marcio Manduley, del municipio centro Habana, en donde el 98 % de los encuestados expresó tener necesidades de información en epidemiología y las principales vías para recibir la información fueron, la participación en cursos cortos (76.9 %), seminarios y talleres (51.7 %) y eventos científicos (47.7 %).

### **España**

En el año de 1990, Loza García MI y colaboradores<sup>99</sup>, llevaron a cabo una investigación sobre las fuentes de información de medicamentos utilizados por los farmacéuticos comunitarios de Galicia, en este trabajo los objetivos fueron: investigar las fuentes información sobre medicamentos utilizados por los farmacéuticos de Galicia; el interés por los programas de formación continuada; y las fuentes de informatización y el acceso electrónico a las fuentes de información.

El encuestador fue un farmacéutico y la recogida de datos se hizo mediante una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de 90 farmacias sobre las 1,204 farmacias que había en ese entonces en Galicia. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: los farmacéuticos utilizan las fuentes para buscar información sobre interacciones, reacciones adversas, indicaciones, y posología de los medicamentos en el 83 % de los casos. El Catálogo de Especialidades Farmacéuticas fue la fuente más utilizada (98 %), tanto para medicamentos con o sin receta. El prospecto del medicamento (88 %) y ficha técnica (80 %) también son fuentes habituales. De este estudio se concluyó que el catálogo de Especialidades Farmacéuticas es la fuente más utilizada y que el acceso a las fuentes de información en formato electrónico todavía es minoritario.

González de Dios J y colaboradores<sup>100</sup>, realizaron en el año de 1999 una entrevista a todas las comunidades autónomas de España para conocer los hábitos de lectura de revistas médicas, preferencias de idioma y formato y, las vías de acceso a las mismas, de los médicos de atención primaria. En el estudio se aplicó un cuestionario

por vía telefónica y técnica asistida por ordenador a 300 médicos seleccionados mediante muestreo estratificado.

Entre los resultados más relevantes se destaca que los encuestados preferentemente leen las revistas de su especialidad y se inclinan por el formato impreso, los jóvenes y los pediatras prefieren el formato electrónico. El 48 % lee de uno a cuatro artículos por semana. Al 80 % les resulta más fácil leer artículos en español que en inglés.

En el año 2009, Louro González A y colaboradores<sup>101</sup>, llevaron a cabo un estudio para determinar las dudas, cuántas y de qué tipo, se plantea un profesional de atención primaria durante su consulta ordinaria, así como para establecer los métodos que utilizan los médicos para resolverlas; el estudio fue de prevalencia y se realizó en los centros de salud de las provincias de A Coruña y Lugo.

En este estudio participaron 81 médicos de atención primaria seleccionados por muestreo aleatorio simple. Entre los resultados se encontró que se tienen en promedio alrededor de 1.7 dudas por cada 10 pacientes. El 92 % de estas se relacionaban con problemas clínicos. En el 51.6 % de los casos se intentó resolver esa duda durante la consulta o la mañana, el 35.7 % de estas generó nuevas citas y el 81.5 % de los encuestados no utilizaba nunca Internet durante la consulta.

### **Grecia**

Kostagiolas PA y colaboradores<sup>102</sup>, realizaron un estudio sobre el comportamiento informativo de la comunidad farmacéutica, así como sus percepciones con respecto a la contribución de la biblioteca y de servicios de información en su desarrollo profesional. Esta investigación empírica es la única que se ha realizado en cuanto al comportamiento informativo de la comunidad farmacéutica en ese país. La investigación se realizó en marzo y abril de 2008 por medio de un cuestionario semiestructurado. La muestra fue de 92 farmacéuticos de la comunidad de entre 22 asociaciones de farmacia en Grecia.

Entre los resultados obtuvieron que la comunidad de farmacéuticos tiene acceso a Internet, con limitados recursos de información y están incrementando la utilización de servicios de información en sus labores diarias. Las asociaciones farmacéuticas

nacionales y locales pueden jugar un significativo rol como proveedores de información y las bibliotecas especializadas y los servicios de información son requeridas para satisfacer las necesidades de información que se les presentan.

### **Turquía**

En 2006, Vancelik S y colaboradores<sup>103</sup>, realizaron un estudio transversal en el que se aplicó una encuesta a 152 médicos generales, en donde se encontró que de los 152 sujetos, 72.3 % fueron visitados por representantes de la industria farmacéutica más de una vez al mes, 61.2 % de los médicos reportaron que sus decisiones en la prescripción fueron siempre afectados por las actividades de los visitantes y, en cuanto a las fuentes más frecuentes usadas en caso de algún problema en el proceso de prescripción, las guías de las compañías farmacéuticas fueron usadas en el 73.7 % de las veces y libros médicos un 48.7 %.

### **Nigeria**

Adeola Oshikoya K y colaboradores<sup>79</sup>, realizaron un estudio en Ibadan, Nigeria, para identificar las fuentes de información y su influencia en el comportamiento de prescripción de los médicos en un hospital, en el que se aplicó una encuesta, con una tasa de respuesta del 40.8 % del total de los 400 médicos, en el que se encontró que la fuente de información sobre medicamentos que más utilizaban provenía de los colegas en el 98.8 % de los casos, seguido de libros de referencia sobre medicamentos con un 96.6 %, visitantes de la industria farmacéutica en un 93.2 %, materiales informativos de la industria farmacéutica en el 92.6 %, textos científicos, revistas e Internet en el 91.4 % de los casos y foros proporcionados por la industria en el 88.3 %.

Shabi IN y colaboradores<sup>104</sup>, llevaron a cabo un estudio transversal en el que se aplicó una encuesta a 540 médicos con el objetivo de determinar el grado, propósito, determinantes e impacto de la utilización de las bases de datos médicas en Internet entre los participantes, los cuales se seleccionaron aleatoriamente en dos hospitales de tercer nivel del sur oeste de Nigeria.

En el estudio se obtuvo una tasa de respuesta de 82.2 % y se encontró que todos los médicos habían usado bases de datos médicas en Internet durante las últimas

cuatro semanas del estudio, 53.8 % usaron recursos de Internet al menos una vez en las dos semanas anteriores y solo un 12.2 % usó los recursos de Internet todos los días. Los recursos más buscados para el cuidado rutinario del paciente y para propósitos de investigación fueron PUBMED (70.3 %), HINARI (69.0 %) y revistas médicas gratuitas en un 60.1 %.

Nwafor Orizu OE y colaboradores<sup>105</sup>, realizaron una encuesta sobre la disponibilidad y uso de los recursos de información en salud por médicos en un hospital escuela en el Sur Este de Nigeria, como resultados obtuvieron que de los 12 recursos enlistados en el instrumento de recolección de información, tan solo dos (colegas y reportes periódicos) fueron considerados como altamente disponibles, seis ítems (libros de texto, revistas, resúmenes, reportes electrónicos, bases de datos electrónicas y recursos de Internet) fueron catalogados como de disponibilidad moderada y de manera similar, cuatro ítems (índices, tesis, reportes técnicos y publicaciones gubernamentales) fueron clasificados como de poca disponibilidad.

## **Kenia**

En el año 2012, Muinga N y colaboradores<sup>106</sup>, realizaron un estudio encaminado a explorar en los profesionales que laboraban en los hospitales de Kenia, la información necesaria para trabajar en el día a día, adicionalmente el estudio examinó las soluciones existentes que proveían los hospitales para proporcionar mejor atención en la práctica, por último la investigación exploró el uso de las TIC en la búsqueda de información.

En el trabajo investigativo se aplicó un cuestionario a 657 trabajadores de la salud distribuidos en 22 hospitales del país. Entre los resultados se encontró que las fuentes de información más populares para guiar la práctica eran los colegas y las directrices impresas, mientras las menos populares fueron las revistas médicas. Los profesionales consideraron valiosa la información sobre políticas nacionales sobre tratamientos, los hallazgos de nuevas investigaciones y los reportes sobre datos de vigilancia. Entre las barreras para acceder a las fuentes de información se encontró que se debía a que las fuentes no eran disponibles, que eran difíciles de obtener y difíciles de comprender. Adicionalmente, las barreras que consideraron al momento

de acceder a Internet fueron los altos costos del servicio en el 34.1 % de los casos, la carencia de Internet en el área de trabajo en el 36.8 % y la falta de Internet en el hogar en un 39 %.

### **Australia**

Templeman, K y colaboradores<sup>107</sup>, realizaron un estudio en el año 2013 para explorar e identificar el uso y el nivel de necesidades de fuentes de información de los estudiantes médicos australianos de 10 facultades de medicina de Australia. En el estudio se encontró que el 83.3 % de los participantes refirió utilizar como principal fuente de información Internet, el 80 % realizaba búsquedas en bases de datos, el 66.6 % buscaba en bases de datos especializadas sobre medicamentos, el 36.6 % buscaba en libros de textos sobre farmacología y el 26.6 % consultaba a sus colegas.

En cuanto a los tipos de información que los estudiantes necesitaban, se encontraron: interacciones medicamentosas en el 96.6 %, efectos adversos en el 90 %, contraindicaciones en el 90 %, evidencias sobre efectividad en el 90 % e información para el paciente en el 70 %. Las fuentes de información preferidas fueron los repositorios digitales en el 90 %, bases de datos sobre interacciones en el 90 %, directrices clínicas en el 50 % y libros de texto basados en evidencia en el 40%.

### **India**

Raj, S y colaboradores<sup>108</sup>, llevaron a cabo una investigación en los trabajadores de salud comunitaria en Chandigarh, en el año 2013. En el estudio se aplicó un cuestionario para identificar el comportamiento de búsqueda de información, las necesidades y las barreras para acceder a la información en salud, así como el uso de las TIC. Entre los resultados se encontró que el 92 % de los participantes reconocieron la necesidad de obtener información en la práctica diaria. Los participantes dijeron que sus fuentes de información preferidas eran los libros en el 36 %, Internet en el 20 % y, el 47 % refirió como fuente preferida a los colegas. Los participantes expresaron necesitar información acerca de salud materna en el 46 %, salud infantil en el 38 %, enfermedades no transmisibles en el 39 %, planificación

familiar en el 33 % y enfermedades transmisibles en el 30 %. Entre los participantes que no realizaban la búsqueda de información, se encontró que las razones para no hacerlo fueron: la indisponibilidad de fuentes de información en el 4 %, por considerar tener conocimientos suficientes en el 3 % y el 1 % no lo hacía por el desinterés en realizar la búsqueda. El 81 % de los participantes no tenía acceso a una computadora y entre las barreras para acceder a la información se encontraron que el 63 % no tenía disponible los materiales necesarios, la carencia de información práctica en el 49 %, poco tiempo para acceder a la información en el 45 %, exceso de carga de trabajo en el 38% y por último, el exceso de volumen de información en el 12 %.

### **Alemania**

Ciarlo, G y colaboradores<sup>109</sup>, realizaron un estudio con el objetivo de conocer más acerca de las necesidades de información de los oncólogos y de los médicos generales. En el estudio se aplicó un cuestionario a 495 profesionales y entre los resultados principales, se encontró que los congresos y los simposios fueron la fuente más utilizada en el 83.7 % y el 70. 7% de los casos respectivamente. Internet fue la fuente de información que predominó como la preferida con el 59.9 % de los oncólogos y el 36.6 % los médicos generales.

### **Suecia**

Rahmer, PB y colaboradores<sup>110</sup>, realizaron un estudio en el año 2009 para evaluar las necesidades percibidas de información sobre medicamentos entre los médicos de Suecia, en el estudio se utilizó la técnica de grupos focales de discusión y se incluyó a 18 médicos, la investigación también se complementó con un cuestionario aplicado al inicio de los grupos de discusión. Entre los principales resultados del estudio, se encontró que los médicos reportaron necesitar bases de datos en el lugar donde prescriben los medicamentos, esto incluía información más consistente sobre medicamentos existentes y nuevos. El estudio también sugirió que los prescriptores raramente están interesados en la fuente de información, debido a que solo les interesaba saber si la información estaba revisada por expertos, actualizada, estructurada, corta y ordenada para ser usada.

## Revisiones

Haug J<sup>111</sup>, realizó un metaanálisis sobre las preferencias de fuentes de información de los médicos en la que se incluyeron trabajos publicados de 1978 a 1992. El estudio encontró que, en siete trabajos de los seleccionados, la primer fuente a consultar eran los libros y los colegas eran la segunda opción. Cinco estudios reportaron las revistas como la fuente más preferida y en segundo lugar se ubicaron los colegas. Dos estudios reportaron a los colegas como fuente predilecta y en segundo lugar las revistas y, en un estudio, se encontró que la primera opción se posicionaron los colegas y la segunda fuente preferida fueron los libros. En suma, las fuentes como libros o revistas se asociaron con consultar a colegas en 15 de los 20 estudios. Por último, un estudio encontró que la principal fuente de información era la IF y en segundo lugar las revistas.

Herma C y colaboradores<sup>112</sup>, realizaron una revisión de la literatura para identificar cómo los médicos buscan respuestas a preguntas clínicas, se dieron a la tarea de buscar en MEDLINE, Pubmed, Embase, Web of Science, la base de datos Cochrane y las revistas médicas holandesas. Encontraron 21 documentos originales y tres revisiones que utilizaban cuestionarios, observación y entrevistas, un estudio cualitativo, y dos comparativos. Tres de los estudios demostraron un numero sustancial de médicos de atención primaria cuyas preguntas se resolvían consultando bases de datos electrónicas y en el 56 % de los casos evaluaron la respuesta obtenida en la fuente de información como relevante y, en el 46 % la respuesta fue evaluada como corta y clara. Cuando la fuente de información a la que se acudía eran los colegas o libros de texto, el porcentaje de respuestas satisfactorias aproximadamente se encontraba en un rango del 70 % al 80 %.

En el año 2003, Dawes M y colaboradores<sup>113</sup>, llevaron a cabo una revisión sistemática para determinar el comportamiento informativo de los médicos, se analizaron 19 estudios que describían dicho comportamiento. En nueve estudios se utilizó cuestionario y en ocho se usó la entrevista y en cuanto al muestreo, ocho estudios utilizaron muestreo aleatorio pero ninguno describió el proceso, cinco estudios realizaron muestreo intencional, cuatro por conveniencia y uno fue

estratificado. Los resultados obtenidos sugieren que los investigadores utilizaron cuestionarios, entrevistas y observación para identificar el comportamiento informativo de los médicos. Se encontró que existe variación para la obtención de información primaria y el recurso más utilizado son los libros de texto, en segundo lugar, preguntarle a un colega y solo un estudio encontró que el primer recurso al que acuden los médicos son las bases de datos.

Pakenham Walsh, N y colaboradores<sup>114</sup>, realizaron una revisión sobre las necesidades de información de los trabajadores de la salud en países en desarrollo. En la revisión se buscó en Medline, en donde se recuperaron 1,762 documentos y de ellos 149 se identificaron como potencialmente relevantes para llevar a cabo la investigación y, 35 estudios se consideraron de alta relevancia. El estudio sugirió que existe una enorme carencia de conocimientos básicos para diagnosticar y para manejar enfermedades comunes, lo cual se ha asociado con sub-óptimas, infectivas y peligrosas prácticas de cuidados de la salud. En el estudio se concluyó que la información y las necesidades de aprendizaje de los médicos de familia han sido ignoradas por mucho tiempo y, que mejorar la disponibilidad y el uso de información en salud relevante y fidedigna tiene un enorme potencial de radicalizar y mejorar el cuidado de la salud a nivel mundial.

Clarke, MA y colaboradores<sup>115</sup>, realizaron un trabajo con el objetivo de mejorar los servicios de información que apoyan a los facultativos tomadores de decisiones clínicas, mediante una revisión de la literatura. En la revisión se buscó en SCOPUS, CINAHL, OVID Medline y la base de datos de PubMed, donde se recuperaron y resumieron 47 artículos. En el documento se destaca que Internet fue la fuente de información más mencionada, seguida de libros de texto, revistas, colegas, compendios de medicamentos y bibliotecas médicas. Los autores concluyeron en que se necesita investigar aún más para respaldar el acceso y uso de fuentes basadas en evidencia.

Después de haber realizado este análisis documental, se pudo observar que la mayoría de los estudios publicados carecen de similitud en las preguntas y en los títulos de los trabajos, así como en el formato de los reportes, ninguno fue de tipo

prospectivo y ninguno fue diseñado para explorar causas y efectos entre las variables. Además la mayoría de las investigaciones fueron de corte transversal y de tipo descriptivo, con metodologías que utilizaban encuestas, entrevistas u observación, solo se encontraron cinco revisiones sobre este tipo de estudios. El mayor número de estudios se encuentran en el idioma inglés y hasta el momento no se han localizado trabajos publicados de esta índole en el contexto mexicano.

### Capítulo 3

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de los países y, sobre todo en los que están en vías de desarrollo, el acceso a la información farmacológica periódica y actualizada es limitado o nulo y tanto el personal sanitario como los consumidores dependen casi por completo de fuentes de información de tipo comercial, lo cual resulta en que los prescriptores y los consumidores se informen de manera inadecuada, este desequilibrio de la información disponible limita de manera importante las políticas para el URM<sup>118</sup>.

El uso irracional de los medicamentos puede tomar varias formas, que van desde la polifarmacia, sobre-utilización de antibióticos poca o nula concordancia de prescripción conforme a las guías clínicas y la automedicación. Ante esta problemática, pocos países se han dado a la tarea de monitorizar el uso de los medicamentos o llevando a cabo suficientes acciones para corregir la situación<sup>117</sup>.

Los medicamentos esenciales son un instrumento necesario para mejorar y mantener la salud<sup>118</sup>. Sin embargo, en el mundo, más del 50 % de los medicamentos se prescriben, se venden o se dispensan de manera inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50 % de los pacientes los toman de forma incorrecta. La falta de acceso a medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbimortalidad, sobre todo a raíz de infecciones infantiles y enfermedades crónicas<sup>74</sup>. Pese a todas las ventajas que ofrecen, los eventos adversos de los medicamentos se encuentran entre las principales 10 causas de muerte en algunos países<sup>119</sup>.

El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos a menudo pagado por los pacientes, además el uso excesivo de antimicrobianos esta teniendo como resultado una mayor resistencia a los mismos<sup>74</sup>. Se estima que existe resistencia en hasta un 90 % en los antibióticos de primera línea, tales como ampicilina y cotrimoxazol, y de hasta un 70 % de resistencia a la penicilina para la neumonía y la meningitis bacteriana, así mismo desde hasta un 98 % de resistencia a la penicilina para gonorrea y de hasta un 70 % tanto para penicilinas como para

cefalosporinas, en infecciones hospitalarias del *Staphylococcus aureus*<sup>120</sup> lo cual constituye uno de los más graves problemas de salud pública del mundo y si no se emprende una acción concertada a nivel mundial se corre el riesgo de retroceder a la era preantibiótica<sup>121</sup>.

El dinero gastado en medicamentos ineficaces o de mala calidad es un despilfarro de recursos y tiene el potencial para perjudicar a nivel individual y colectivo<sup>122</sup>. Así mismo, se ha evidenciado que el uso inapropiado de los medicamentos cuesta alrededor de €466 millones anualmente en Reino Unido de Gran Bretaña y en Irlanda del Norte y, cerca de EU\$ 5.6 millones por cada hospital por año en los EE.UU. Por su parte, la resistencia antimicrobiana está incrementando de forma dramática a nivel mundial a causa del uso de los antibióticos, en especial cuando se tiende a su sobreutilización. Se ha documentado que esta resistencia cuesta aproximadamente de EU\$ 4000 a 5000 millones en EE.UU. y €9,000 millones en Europa<sup>123</sup>.

Las inconsistencias entre la disponibilidad de fuentes de información de medicamentos, la prescripción y el acceso a los medicamentos son un factor determinante de la cobertura y calidad de la atención sanitaria. El hecho de que las decisiones se tomen sin la oportunidad de acceder a la evidencia existente y que esto ocurra en un mundo que reconoce la importancia del acceso abierto al conocimiento científico, no debería ser permitido, debido a que esto representa una oportunidad para reducir la carga global de la enfermedad, con el simple hecho de hacer el conocimiento científico fácil, gratuito y útilmente disponible<sup>23</sup>.

Dicho lo anterior, es importante mencionar que actualmente se desconocen las necesidades de información que tienen los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, lo cual imposibilita el diseño y conformación de intervenciones que apoyen el proceso de toma de decisiones en sus actividades de conservación, promoción y restablecimiento de la salud de los individuos y comunidades que atienden, con base en información técnico-científica, oportuna, independiente, actualizada y fidedigna.

## Capítulo 4

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara"?

## Capítulo 5

### JUSTIFICACIÓN

Las nuevas tecnologías para la alfabetización digital tienen grandes ventajas para el desarrollo de los profesionales de la salud, incluyendo el acceso inmediato a información y conocimiento, fomento del contacto entre profesionales, mayor rapidez de actualización de la información, mejora de la difusión del conocimiento científico y, un impacto directo en la práctica clínica y la calidad asistencial<sup>85</sup>.

El acceso universal a la información es un requisito insoslayable para la construcción del conocimiento y los nuevos entornos tecnológicos representan oportunidades para el acceso a los flujos de información<sup>124</sup>. La información es un recurso no renovable que resulta muy caro para los países en desarrollo y se ha vuelto un factor crucial en el derecho a la salud, así como para lograr una vida digna de todos los habitantes del planeta. Uno de los principales déficits para el desarrollo sanitario a nivel global está relacionado con el acceso a la información y al conocimiento calificado<sup>125</sup>.

La incorporación de las TIC a los SS, permite cumplir objetivos tanto sociales como económicos, sobre todo en la Región de las Américas, donde es necesario ampliar las posibilidades de acceso de las personas a una atención sanitaria oportuna y de calidad, facilitar la continuidad de la atención así como controlar costos crecientes, optimizar procesos y reasignar recursos<sup>88</sup>. La información sanitaria y los medios que facilitan los flujos y el intercambio para y entre los profesionales médicos son elementos clave de un SS fuerte que ofrece servicios de alta calidad y que de la misma forma contribuye a mejorar la salud colectiva<sup>126</sup>.

Los Recursos Humanos para la Salud (RHS), son el corazón de cualquier SS. Pero, en la actualidad, los SS y especialmente los de países de bajos y medianos ingresos, fallan en lo que se refiere a escuchar, comprender y en dirigirse hacia las necesidades de los RHS. Consecuentemente, los profesionales de la salud en general no están empoderados para otorgar cuidados a la salud de manera segura y efectiva, lo cual se traduce en intervenciones innecesarias o tratamientos perjudiciales, contribuyendo con muertes innecesarias todos los días. De todas las

necesidades básicas de los RHS, la necesidad de información fidedigna y apropiada y conocimiento es fundamental. Mejorar la disponibilidad de información relevante y fidedigna para los RHS es, potencialmente la estrategia más costo-efectiva para optimizar la calidad del cuidado de la salud en los países en vías de desarrollo<sup>127,128</sup>.

A principios del año 2016, entraron en vigor los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que fueron aprobados por los dirigentes mundiales en la Cumbre Histórica de las Naciones Unidas, en donde el Objetivo 3 pretende "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Una las metas propuestas para cumplir este objetivo plantea "lograr la cobertura sanitaria universal, en particular contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos"<sup>129</sup>.

Los desafíos del acceso a los medicamentos de calidad asegurada, como su uso razonable subrayan la urgencia de la necesidad de una reforma global del sector de la salud. Los componentes clave de un sistema de salud accesible, sostenible, abordable y equitativo que asegure la eficacia, la seguridad y la calidad de los medicamentos, son las intervenciones en la salud pública, la atención farmacéutica, el uso razonable de los medicamentos y la gestión eficaz del suministro de medicamentos efectivos<sup>130</sup>.

Desde hace cuatro décadas, se han logrado algunas reformas en los SS en casi todos los países de la Región de las Américas, enfatizando diversas áreas y obteniendo diferentes grados de avance. En lo que respecta a los medicamentos, se ha propuesto reformar los SS para mejorar su selección, adquisición y utilización. Los países en desarrollo gastan alrededor de EU\$ 44.000 millones en el sector público y privado, lo cual sugiere un gasto aproximado de diez dólares per cápita en productos farmacéuticos. En la mayoría de los países, los medicamentos representan entre el 5 y el 10 % del gasto en atención de salud y en los países en vías de desarrollo, el gasto de bolsillo de los hogares constituye una proporción mucho mayor del gato total en medicamentos, por otra parte, en el sector público el gasto en medicamentos representa entre el 10 y el 30 % del total de los gastos<sup>130</sup>.

Siguiendo con esto, en México el gasto de bolsillo constituye el 45 % de los ingresos del SS y 4.0 % del gasto de los hogares, ambas cifras se encuentran entre las más altas de los países que integran la OCDE y estas cifras no han disminuido significativamente durante la última década a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular. Se sugiere que el gasto de bolsillo en México se debe a la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados, lo cual los obliga a buscar atención médica con prestadores de servicios privados<sup>131</sup>.

Existen brechas considerables entre los derechos a la atención que se establece en papel y lo que se experimenta en realidad, en donde los cubiertos por el Seguro Popular están en clara desventaja. La salud en México cuenta con menos recursos que otros países que integran la OCDE, esto es evidente cuando nuestro país destina el 6.2 % del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud, mientras que el promedio es de 8.9 % lo que equivale a \$1,048 dólares PPA per cápita por año<sup>131</sup>.

Aunado a esto, el financiamiento efectivo no es equitativo entre los subsistemas de salud. Aunque el gasto per cápita total es muy similar para personas con y sin seguridad social, las diferencias en los derechos siguen arraigadas y en lo que se refiere al acceso a los medicamentos, el número de recetas médicas prescritas que no se surtieron por completo a causa de no encontrarse en inventario se ubicó en un 33 % en el Seguro Popular, comparado con un 14 % en el Instituto Mexicano del Seguro Social<sup>131</sup>.

El acceso a los medicamentos con garantía de su calidad es una preocupación imperante. Para gran parte de la población, el poder pagar los medicamentos es una limitación importante, sobre todo en países cuyas economías se encuentran en transición y en desarrollo, donde alrededor de un 50 al 90 % de los medicamentos se pagan del bolsillo. La carga incide de forma más pesada en los pobres que no se encuentran protegidos de forma adecuada ya sea por las políticas actuales o por los seguros médicos<sup>120</sup>.

Las enfermedades graves constituyen una razón muy importante por la que las poblaciones pobres siguen atrapadas en la pobreza, en lugares donde los servicios y seguros de salud son inadecuados, los costos de la asistencia médica y los medicamentos hunden a las familias en las deudas y la dependencia<sup>132</sup>.

La magnitud económica del gasto en medicamentos es la razón por la cual cobran importancia y, derivado de ello, la OMS recomienda que las reformas en los SS se encaminen a mejorar el uso de los productos farmacéuticos, mediante la formulación de políticas que mejoren la selección, adquisición, producción y uso racional de los medicamentos. El aseguramiento de la provisión de los medicamentos es la finalidad declarada de las reformas en esta materia, apoyando las diversas formas de financiamiento y dispensación, de tal manera que se mejore y facilite el acceso a los medicamentos esenciales a toda la población<sup>130</sup>.

Se considera como medicamento esencial a "aquel que satisface las necesidades de salud de la población. Que se selecciona teniendo debidamente en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada, a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar. La aplicación del concepto de medicamentos esenciales ha de ser flexible y adaptable a muchas situaciones diferentes; la determinación de los medicamentos que se consideran esenciales es responsabilidad de cada país"<sup>133</sup>.

La selección cuidadosa y de variedad limitada de medicamentos esenciales permite mejorar la calidad de la atención, la gestión y el aprovechamiento costo-eficaz de los insumos sanitarios, así mismo, esto se traduce en el aumento de beneficios sanitarios reales y de la confianza en los servicios de salud<sup>134</sup>.

Cuando están disponibles, son asequibles y se usan de forma racional, los medicamentos mejoran la salud, aunque por otra parte, la falta de acceso a los medicamentos esenciales sigue siendo un problema grave de salud pública

mundial. Mejorar el acceso a los medicamentos y vacunas esenciales se podrían salvar aproximadamente 10 millones de vidas cada año<sup>135</sup>.

Desde el año 2008, la OMS ha estado realizando serios esfuerzos por renovar la atención primaria en salud, en donde el componente principal es el acceso universal a la atención en salud, el cual, incluye el acceso universal a los medicamentos esenciales<sup>136</sup>.

El derecho a la salud y la garantía del derecho a ella tiene una visión económica y política y, a su vez, el derecho a la salud tiene tres dimensiones: una individual, en donde cada uno pueda acceder a la combinación más efectiva de insumos y recursos curativos; una dimensión social, que se refiere a lograr la combinación de insumos y recursos menos costosos y por último, una dimensión social, en donde todos tengan acceso a la salud<sup>130</sup>.

Por lo tanto, uno de los retos de los SS es lograr un balance razonable entre estas tres dimensiones y el derecho a la salud, con el objetivo de lograr una plena cobertura con la mayor efectividad al menor costo y, en la práctica, esto se refiere a lograr las combinaciones de recursos e insumos que tengan la capacidad de ampliar en su máximo la cobertura, la eficacia, la efectividad y la utilidad con los recursos disponibles<sup>130</sup>.

El mercado de los medicamentos tiende a ser muy imperfecto, esto se debe a que el mercado no garantiza por sí mismo el acceso a los medicamentos para todos aquellos que los necesitan, de tal modo que los mercados de los medicamentos no son equitativos ni eficientes. Una de las principales fallas de estos mercados tiene que ver con la asimetría de la información, la cual yace del hecho de que los usuarios tienen poco o nulo conocimiento sobre las ventajas, peligros y equivalencias de los medicamentos que deben adquirir, de tal forma que deben confiar en la decisión de un tercero, sea este el médico o el dependiente de la farmacia, quien al mismo tiempo posee un nivel inferior de información que el productor<sup>130</sup>.

Muchas estrategias de mercadeo de los productores y distribuidores de medicamentos, como es el caso de la entrega de estímulos y beneficios a los

prescriptores y a las farmacias, tienen el propósito de promover el uso de medicamentos que no son necesariamente los más adecuados, los más eficaces ni los más costo-efectivos, aprovechándose de la urgencia que se asocia a la enfermedad y de la desinformación que los usuarios tienen sobre las posibilidades de sustitución<sup>130</sup>.

Para que los medicamentos esenciales contribuyan a mejorar la salud, los países deben garantizar el acceso a los mismos mediante el desarrollo de políticas farmacéuticas nacionales, fortalecer la reglamentación y mejorar el URM, tanto por parte de los prescriptores como de los consumidores finales<sup>118</sup>.

Las políticas públicas con el objetivo de lograr una prescripción óptima y controlar las prácticas comerciales en beneficio de los usuarios y la sociedad tienden a promover el uso de la denominación científica de los medicamentos, estimular el uso de protocolos de tratamiento y prescripción, la implantación de nuevos modelos de formación profesional de médicos en los que se corrija el sesgo curativo actual que se contrapone al enfoque preventivo y de promoción de la salud y a la tendencia abuso de los medicamentos, el estímulo de mecanismos de información independientes de la IF de forma permanente para los médicos en ejercicio y en algunos países existen tendencias a la "desfetichización" de los medicamentos, en donde se pretende eliminar la visión del medicamento como un producto al que se le atribuyen poderes mágicos y curativos<sup>130</sup>.

Pero, a diferencia de otros países de América Latina, México no cuenta con una Política Farmacéutica Nacional coherente y explícita y, en este mismo país se ha documentado el uso no seguro e ineficiente de medicamentos, con lo cual no solo se pone en riesgo la vida de los consumidores sino que se traduce en un gasto innecesario de los hogares y de las instituciones públicas<sup>137</sup>.

La literatura disponible sugiere que existen muchas inequidades en el acceso a los medicamentos debido a un inadecuado gasto público, la falta de cobertura en aseguramiento, pobre disponibilidad y asequibilidad de medicamentos esenciales y un alto gasto de bolsillo y de los hogares y, en parte, se debe significativamente a

los altos costos de los medicamentos de patente en comparación con los genéricos en el sector privado<sup>138</sup>.

Sin un extenso beneficio de acceso a los medicamentos, la cobertura en salud no puede mejorar el acceso universal a los mismos. De hecho, si el aseguramiento cubre los servicios médicos de los pacientes internos y externos pero no los costos de los medicamentos prescritos durante las consultas, la cobertura en seguridad puede empeorar el acceso a los medicamentos y tiende a incrementar la carga financiera a causa del gasto de bolsillo de los hogares por la necesidad de pagar por los medicamentos prescritos<sup>139</sup>.

Debido a que los medicamentos son productos químicos más información, es un cometido muy importante del organismo regulatorio asegurar que la información sobre medicamentos sea imparcial, correcta, actualizada y fácilmente accesible para los prescriptores y la comunidad que los utiliza<sup>140</sup>.

Proporcionar información objetiva, actualizada y evaluada sobre los medicamentos dirigida a los profesionales sanitarios, gestores y usuarios, constituye una de las bases fundamentales de cualquier programa encaminado a la mejora de la utilización de medicamentos<sup>140</sup>.

Como parte del conocimiento y la relevancia de los medicamentos en el funcionamiento de los sistemas de salud, la OMS recomienda a todos los países que formulen y apliquen una Política Farmacéutica Nacional Integral, debido a que la experiencia de muchos países ha demostrado que la mejor manera de abordar estos problemas es hacerlo dentro de un marco común<sup>141</sup>.

Ante esto, existen a nivel internacional esfuerzos como el de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC), en cuya declaración sobre el acceso a las fuentes de información científica para el médico de familia, se concluye que el acceso a la mejor información posible y en el mismo punto de la atención debe valorarse como un elemento esencial y que se le debe conceder la misma consideración e importancia que el acceso a pruebas diagnósticas o a determinadas intervenciones terapéuticas, la SEMFC considera también que los servicios de salud deben garantizar acceso a Internet rápido y sin limitaciones desde las

consultas y que se debe facilitar el acceso a los profesionales médicos a recursos como Guías clínicas de Fisterra, UpToDate, Clinical Evidence, Dynamed, First Consult y Essential Evidence Plus al igual que a la biblioteca Cochrane Plus. Por último, para rentabilizar la inversión en recursos documentales desde los servicios de salud debe ofrecerse formación en habilidades de gestión de la información a todos los profesionales sanitarios<sup>142</sup>.

Los integrantes del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, reunidos en el Noveno Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS 9) y en la Sexta Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual en Salud, consideraron que "la información y el conocimiento son bienes públicos cuya producción y circulación universal y equitativa representan un reto para superar las inequidades regionales" y que "es responsabilidad de los gobiernos nacionales garantizar que la población tenga acceso libre a la información y al conocimiento". También se consideró que "la Biblioteca Virtual en Salud, así como LILACS, DeCS y SCAD, representan poderosos instrumentos para facilitar el acceso libre a la información técnico-científica de buena calidad en salud y para la democratización del conocimiento y; que la Región de las Américas cuenta con estrategias y planes de acción dirigidos a la producción y al acceso equitativo de la información, los cuales son relevantes para cerrar la brecha entre el conocimiento y la toma de decisiones sobre salud"<sup>143</sup>.

Para los profesionales sanitarios que se enfrentan a diario con enfermos y heridos, la importancia de los medicamentos es obvia, sin embargo, es imperativo examinar las razones por las cuales los ministros de salud, los gestores de los programas sanitarios, los donantes y otras personas involucradas en el sector sanitario deben preocuparse por ellos. Los servicios sanitarios accesibles y personal cualificado constituyen componentes necesarios de cualquier sistema de salud, pero a los medicamentos les corresponde una especial importancia debido al menos a cinco razones: 1) los medicamentos salvan vidas y mejoran la salud; 2) los medicamentos fomentan la confianza en los servicios sanitarios y favorecen la colaboración con ellos; 3) los medicamentos son costosos; 4) los medicamentos se diferencian de

otros productos de consumo y; 5) es posible llevar a cabo considerables mejoras en el suministro y en la utilización de los medicamentos<sup>144</sup>.

Los grandes volúmenes de información sobre medicamentos nuevos o ya comercializados exhorta a disponer de unidades de que provean de información especializada en este ámbito, con la intención de que tanto los profesionales de la salud, como la población en general accedan a ella de manera confiable. Ante esto, la OMS hace un llamado a los países miembros, para que cada hospital sin importancia de su tamaño cuente con un CIM, con el objetivo de ayudar a resolver conjuntamente con los médicos, los farmacéuticos, las enfermeras y las comisiones hospitalarias todas las dudas relacionadas con la cadena de suministro de medicamentos<sup>54,144</sup>.

Por lo mencionado anteriormente y desde el área de posicionamiento conceptual, gerenciamiento y uso de los medicamentos, se propone incentivar y apoyar en la necesidad de implementar intervenciones efectivas de información para promover y monitorear el uso adecuado de los fármacos, con el objetivo de optimizar el acceso a los medicamentos y la atención a la salud.

Desde el punto de vista de la innovación, contar con CIM, que genere y difunda información técnico-científica, actualizada, fidedigna e independiente, permitirá transformar los procedimientos de trabajo y mejorar tanto la comunicación como la interacción y la gestión del riesgo, así como la seguridad del paciente, lo anterior se fundamenta en que las decisiones clínicas basadas en evidencia científica, generalmente aumentan la seguridad del paciente. Siguiendo con esto, desde el punto de vista sociosanitario, esta tecnología aplicada a los procedimientos sanitarios, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de la población y, los servicios de salud se caracterizarán por ser más personalizados, integrados y continuos. Por último, desde la dimensión económica, las ventajas de aplicar la tecnología en materia de salud, mejora la eficiencia en el uso del tiempo y los recursos, se aumentan los insumos para la toma de decisiones complejas y se permite la asignación de prioridades fundamentadas en pruebas científicas<sup>145</sup>.

## Capítulo 6

### OBJETIVOS

#### 6.1 Objetivo general

Identificar las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara".

#### 6.2 Objetivos específicos

- Identificar los tipos de información sobre medicamentos y salud pública que necesitan los médicos
- Identificar las fuentes de información que utilizan médicos frente a los flujos de información sobre medicamentos y salud pública
- Identificar el nivel de satisfacción de los médicos en cuanto a los flujos de información sobre medicamentos y salud pública

## Capítulo 7

### METODOLOGÍA

#### 7.1 Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo, en el que se empleó el método de encuesta administrado de manera personal a la población meta.

#### 7.2 Definición operacional de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	UNIDAD O CATEGORÍA	TIPO	ÍTEM
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Años	Continuo	1
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Características físicas sexuales	Hombre Mujer	Nominal	2
Formación académica	Curriculum profesional que describe la trayectoria formativa	Último nivel o grado académico alcanzado	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Ordinal	3
Relación laboral con el hospital	Vínculo establecido en el ámbito laboral con el hospital	Situación laboral que guarda el médico con el hospital	Base Homologado Contrato Suplente NIR	Ordinal	4
Total de consultas otorgadas por turno laboral	Número de servicios de consulta que se otorgan en una jornada laboral	Número de consultas	Números enteros	Escala	5
Antigüedad con el puesto de trabajo	Cantidad de años que la persona lleva en el puesto de trabajo o cargo	Número de años	Años	Escala	6
Computadora e internet en el servicio	Disposición de ordenador en el área de trabajo y disposición de red que permita interconexión descentralizada en el área de trabajo	Ordenador e internet en el área de trabajo	Tiene ambas Ninguna de las dos Solo computadora Solo internet	Ordinal	7
Turno de trabajo	Grupo en el que se integra a realizar labores en un periodo	Turno de labores	Matutino Vespertino Jornada acumulada	Ordinal	8
Desempeño de funciones docentes en alguna universidad	Relación laboral vinculada con áreas docentes en alguna universidad pública o privada	Funciones docentes	Realiza funciones docentes No realiza funciones docentes	Nominal	9
Necesidades sentidas de información para tomar decisiones	Reconocimiento de carencia de información durante el último mes para tomar alguna decisión en salud	Necesidad sentida de información	Sí No	Nominal	10

Temporalidad de la información requerida	Periodo en el que se requiere la información una vez que se reconoce la existencia de incertidumbre	Temporalidad del requerimiento de la información	De inmediato En la misma jornada En una semana Más de una semana	Ordinal	11
Comportamiento informativo	Conducta de búsqueda que fue motivada por la carencia de información	Búsqueda de información	Si No	Nominal	12
Idioma de la información	Sistema de signos que prefiere comunicarse oralmente o por escrito	Preferencia del idioma de la información necesitada.	Español Inglés Otro	Nominal	13
Fuentes de información sobre medicamentos y salud pública a las que acude el médico	Recursos que contienen datos formales, informales, escritos o multimedia en los que demuestra un comportamiento informativo	Fuente de información que utiliza el médico para acceder al conocimiento almacenado	Revistas médicas Monografías Bibliotecas especializadas E-Books Guía de práctica clínica PLM Boletines Nomenclaturas y clasificaciones Colegios de la misma especialidad Colegios de otra especialidad Conferencias, seminarios, congresos Repositorios digitales y bases de datos Visitadoras de la industria Farmacéutica Internet Insertos de los medicamentos Leyes, normas, códigos y reglamentos	Nominal	14
Razón para utilizar las fuentes de información	Argumento que expone el respaldo hacia el motivo de utilizar la fuente de información	Escala de diferencial semántico	Comodidad Bajo costo Accesibilidad Rapidez Calidad de contenidos Facilidad de uso Pertinencia	Nominal	14
Satisfacción con los flujos de información	Grado de sensación de plenitud que tiene en referencia al uso de flujos de información	Escala de Likert	Muy satisfactoria Satisfactoria Ni muy satisfactoria, ni muy insatisfactoria Insatisfactoria Muy insatisfactoria	Ordinal	15
Bases de datos y repositorios digitales a los que acude	Bases de datos de un mismo contexto a los que acude el médico	Bases de datos que utiliza	Léica SciELO Medline Antemisa Scopus Cochrane Science Direct Todas las anteriores Otras	Nominal	16
Motivo por el que no consulta bases de datos o repositorios digitales	Argumento que expone el respaldo hacia el motivo de no utilizar la fuente de información	Bareras por la que no utiliza bases de datos o repositorios	Idioma de las publicaciones Exceso de volumen de información Alto costo de las publicaciones. Saturación de demanda de servicios asistenciales	Nominal	17

			Falta de equipo de cómputo e internet Desconocimiento de cómo utilizar bases de datos Otros		
Tipo de información sobre medicamentos que necesita	Características de la información sobre medicamentos que necesita el médico para satisfacer sus necesidades de información	Tipo de información general requerida sobre medicamentos	Farmacoterapéutica Farmacoconomía Educación sanitaria Farmacovigilancia Farmacocinética/farmacodinamia Legislación Evaluación de nuevos medicamentos Epidemiología de los medicamentos Prescripciones off label (fuera de indicación) Medicamentos genéricos Otros	Nominal	18
Tipo de información sobre salud pública que necesita	Características de la información sobre salud pública que necesita el médico para satisfacer sus necesidades de información	Tipo de información general requerida sobre medicamentos	Censo poblacional Estadísticas de natalidad Estadísticas de mortalidad Vigilancia epidemiológica Prevención de enfermedades Control de enfermedades no transmisibles Control de enfermedades transmisibles Egresos hospitalarios (morbilidad) Indicadores sanitarios Encuestas de salud Enfermedades de notificación obligatoria Salud Pública Basado en Evidencias Toma de decisiones en salud pública Promoción de la salud Programas y campañas Otras	Nominal	19
Problemas de salud pública en los que necesita información adicional	Problema relacionado con el proceso relativo a la salud pública que demanda un comportamiento informativo	Problemas de salud pública en los que el médico considera necesitar información adicional	Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones Hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones Cáncer Enfermedades transmitidas por vector Infecciones del sistema respiratorio Enfermedades de transmisión sexual Mortalidad materna VIH/sida Tuberculosis Accidentes Insuficiencia renal crónica Ineficiencia del sistema de salud Afecciones cardiovasculares Mortalidad infantil, Embarazo adolescente Obesidad Hepatopatías Lactancia materna Intoxicaciones	Nominal	20

			Mordeduras y picaduras (vipéridos, arácnidos, alfilerón) Adicciones Virus del papiloma humano Higiene Resistencia a los antibióticos Desnutrición Dolor Automedicación Depresión		
Porcentaje de tiempo de la jornada laboral dedicado a actividades	Tanto por ciento del tiempo de la jornada de trabajo asignado a una actividad	Porcentaje de tiempo que consume determinada actividad de su jornada laboral	Cuidado del paciente Estudio y aprendizaje Procedimiento Investigación Docencia	Númerica	21
Opinión sobre la utilidad de la información técnica científica	Reflexión sobre la utilidad de la información técnica científica en la realización de actividades laborales	Información técnico científica para llevar a cabo actividades laborales	Sí No	Nominal	22
Educación médica	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva proporcionada por la institución durante el último año	Educación médica durante el último año	Sí No	Nominal	26
Satisfacción de necesidades de información	Sensación de plenitud de las necesidades de información frente a los productos y servicios que oferta la institución en la que se labora	Satisfacción de las necesidades de información	Sí No	Nominal	27

### 7.3 Universo de estudio

El universo se conformó por los 210 profesionales médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara".

### 7.4 Selección y tamaño de muestra

Para conformar la muestra se acudió a la oficina de Subdirección Médica, así como al departamento de Recursos Humanos del Hospital, en donde se recabó el censo de médicos que laboran en la institución, en el que se detallan: nombre, apellidos, especialidad, departamento y turno laboral. También se le asignó a cada médico un número progresivo del 1 al 210.

### Cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

**Donde:**

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población (210)

Z= Valor correspondiente a la distribución de Gauss,  $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$

p= Proporción esperada (0.5)

q= 1-p (0.5)

d= Precisión (0.05)

**Operación:**

$$n = 210 \cdot 3.8416 \cdot 0.5 \cdot 0.5 / 0.0025 (209) + 3.8416 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

$$n = 201.684 / 0.5225 + 0.9604$$

$$n = 201.684 / 1.4829$$

$$n = 136$$

Después de obtener el marco muestral, se procedió a la selección de los elementos muestrales, lo cual se realizó mediante la creación de una lista de números aleatorios en el programa informático Excel de Microsoft™, en dónde se generaron al azar los 136 elementos y se localizaron en el censo proporcionado por la Subdirección Médica del Hospital.

## 7.5 Unidad de análisis y observación

### 7.5.1 Unidad de análisis

Para la presente investigación, se toma en cuenta como unidad de análisis a las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública.

### **7.5.2 Unidad de observación**

Para fines de esta investigación, se define como unidad de observación a la comunidad de médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara".

### **7.6 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

#### **7.6.1 Inclusión**

- Hombres y mujeres
- Acepten participar
- Que sean adscritos, de contrato o residentes
- Cualquier edad

#### **7.6.2 Exclusión**

- Médicos que no acepten participar en el estudio de manera expresa
- Médicos que no se encuentren laborando por periodos vacacionales, enfermedad, maternidad, bajas definitivas, descanso anual extraordinario, licencias y comisiones

#### **7.6.3 Eliminación**

- Encuestas incompletas
- Encuestas ilegibles

### **7.7 Diseño del cuestionario**

Para llevar a cabo este cometido, en primera instancia, se realizó una amplia revisión de literatura en relación con las necesidades de información, con el objetivo de elaborar el instrumento de recolección de información. Después de haber consultado los antecedentes sobre este tipo de investigaciones, se seleccionaron las variables que se querían conocer y se elaboró un instrumento que se remitió a consenso con especialistas experimentados en el tema de la información sobre medicamentos de la Academia de Farmacología de la Universidad Autónoma de Nayarit y de una catedrática experta en el tema de medicamentos del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto de Oncología y Radiobiología de Cuba,



quienes emitieron los juicios y las correcciones pertinentes y, en una segunda fase se llevo a cabo una fase piloto, la cual se expone en el siguiente apartado.

El cuestionario estuvo compuesto por un total de 25 ítems y se dividió en cuatro apartados: en el primero, se identificaron las características socioeconómicas del informante y de su puesto de trabajo (edad, sexo, formación académica, relación laboral con el hospital, consultas otorgadas por turno de trabajo, antigüedad con el puesto, disponibilidad de equipo de cómputo e Internet en el servicio, turno laboral, una cuestión relacionada con la participación en actividades de educación médica continua y por último una cuestión sobre la vinculación con actividades docentes universitarias).

En el segundo apartado se incluyeron cuestionamientos acerca de las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública sentidas, en el que se incluyeron preguntas relacionadas con la temporalidad con las que los médicos necesitan la información para llevar a cabo sus actividades, el idioma preferido para obtener la información necesitada y los problemas de salud pública en los que el médico consideraba necesitar información adicional.

En el tercer apartado se englobaron las preguntas relacionadas con el comportamiento informativo de los profesionales médicos, esta sección incluía cuestiones acerca de la realización o no de la búsqueda de la información necesitada, las fuentes de información a las que el médico acude a satisfacer sus necesidades de información, las bases de datos y repositorios digitales a los que el médico acude y por último, una cuestión relacionada con los motivos por los cuales el médico no acudía a repositorios digitales y bases de datos.

En el cuarto apartado se englobaron las preguntas encaminadas a identificar el grado de satisfacción que perciben los médicos frente a los flujos de información que utilizan y frente a los recursos y servicios que proporciona la institución en la que laboran.

### **7.7.1 Fase piloto**

El objetivo de esta prueba piloto fue el de detectar debilidades en cuanto a la comprensión y orden de las preguntas, la categorización de las respuestas, la

adecuación de las preguntas conforme a los objetivos que se pretendían alcanzar y por último, el tiempo que se necesita para ser contestado durante la entrevista. Esta fase se llevó a cabo en el mes de diciembre de 2015, en donde se acudió (previo consentimiento del Director de la institución) a la Unidad de Especialidades Médicas de los Servicios de Salud de Nayarit, dado que comparten características similares con el Hospital Civil de Tepic. En esta fase se entrevistaron 20 médicos y la localización de los mismos fue gracias al Director de la institución, quien señaló al personal que se encontraba laborando, una vez contactado el médico, se le explicaba el objetivo del estudio y se le preguntaba si deseaba participar, a lo cual todos accedieron, la recogida de datos se llevó a cabo en dos días y el tiempo promedio que duraba el llenado del cuestionario fue de 20 minutos.

De esta fase se obtuvieron una serie de conclusiones derivadas de la aplicación de la prueba piloto y se enumeran a continuación:

- a) Se encontró que las preguntas relacionadas con la identificación, estaban correctamente formuladas y los médicos podían comprenderlas.
- b) Los médicos no comprendían las preguntas relativas a las fuentes de información a las que acuden y el idioma con la que necesitan la información, esto debido a que expresaban necesitar una explicación adicional, por lo tanto, se decidió cambiar el sentido de la pregunta y ser más explícito.
- c) En cuanto a las preguntas que se referían a los problemas de salud individual y de salud pública más habituales en los que consideraban que necesitaban más información, nos percatamos que estos ítems limitaban las respuestas, por lo tanto se decidió modificarlas, de manera que quedaron abiertas y con la oportunidad de informar hasta diez respuestas para la pregunta.
- d) Se comprobó que el orden de las preguntas era el más adecuado, ya que los médicos no tenían problema en el seguimiento de las preguntas.
- e) Se identificó la dificultad para la realización de la entrevista debido a la interrupción de la rutina laboral del médico, esto debido a que el tiempo promedio que duraba la recogida de datos era de 20 minutos.

Dicho lo anterior y, por lo que se encuentra en la literatura especializada en metodología de la investigación<sup>146</sup>, se decidió que la forma más adecuada de aplicar el cuestionario sería por entrevista personal y no en forma de cuestionario autoadministrado, con esta modificación se pretendía elevar la tasa de respuesta, evitar que los cuestionarios terminados contuvieran errores por falta de comprensión de los médicos y evitar que los cuestionarios se entregaran incompletos, ilegibles o que no se devolvieran.

Ante lo expuesto, se decidió diseñar un cuadernillo de apoyo para el entrevistador y para el entrevistado, en el que se incluyó información adicional sobre los ítems y ejemplos de cómo se debía contestar el cuestionario de forma adecuada, esto en caso de que el médico aún después de habersele hecho una pregunta no comprendiera el sentido de la cuestión o la dinámica de responder una cuestión particular, además servía de apoyo cuando había que elegir respuestas de entre las múltiples opciones posibles, en donde el entrevistador mostraba el cuadernillo para que el entrevistado eligiera sus respuestas y posteriormente se las especificara al entrevistador, esto evitaba que el proceso de entrevista se extendiera a causa de hacer cuestionamientos y leer al entrevistado todas las respuestas posibles, por consiguiente el proceso de administración del cuestionario se hacía mucho más eficiente. Tanto el cuestionario final como el cuadernillo de apoyo se exponen a continuación.

## 7.7.2 Cuestionario final

Folio \_\_\_\_\_  
Tiempo \_\_\_\_\_  
Visita \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT**  
**ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Estimado compañero:

El presente cuestionario forma parte de un estudio que servirá para la elaboración de una tesis profesional y tiene el objetivo de identificar las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara".

Dicho proyecto de investigación se deriva del Trabajo Recepcional de Titulación, dirigido desde la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit y contando para ello con el respaldo del Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara".

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio se eligieron al azar y la información individual recabada a partir de este documento será tratada con confidencialidad, por lo tanto le pedimos que conteste el cuestionario con la mayor sinceridad posible. A continuación se deja un espacio para que plasme su firma de consentimiento para participar en este trabajo. Por último, se agradece su colaboración en esta investigación con la seguridad de que el tiempo dedicado y la información proporcionada nos serán de gran utilidad.

---

Firma de consentimiento

**A. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE Y DEL PUESTO DE TRABAJO**

- I. POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE, MARCANDO CON UNA "X" EN LOS ESPACIOS DESIGNADOS PARA ELLO Y CON NÚMERO O LETRA EN DONDE SE REQUIERE.

1. Edad

--

2. Sexo

1. Hombre	2. Mujer
-----------	----------

3. ¿Cuál es su formación académica?

1. Licenciatura	
2. Especialidad	
3. Maestría	
4. Doctorado	

4. ¿Qué relación laboral tiene con el hospital?

1. Base	
2. Homologado	
3. Contrato	
4. Suplente	
5. Médico residente	

5. ¿Cuál es el total de consultas otorgadas por turno laboral?

--

6. ¿Qué antigüedad tiene con el puesto de trabajo?

	(años)
--	--------

7. ¿Cuenta con computadora e Internet en el servicio?

1. Ambos	2. Solo computadora	3. Solo internet	4. Ninguno
----------	---------------------	------------------	------------

8. ¿En qué turno labora?

1. Matutino	
2. Vespertino	
3. Jornada acumulada	

9. ¿Realiza funciones docentes en alguna universidad pública o privada?

1. Sí	
2. No	

**B. INFORMACIÓN NECESARIA**

10. Durante el desempeño de sus actividades laborales ordinarias ¿Ha sentido la necesidad de obtener información adicional para tomar decisiones en salud?

1. Si	
2. No	

11. Cuando usted necesita información adicional para tomar decisiones, la requiere:

1. De inmediato	<input type="checkbox"/>
2. En la misma jornada	<input type="checkbox"/>
3. En una semana	<input type="checkbox"/>
4. Más de una semana	<input type="checkbox"/>

12. ¿Realiza una búsqueda para obtener la información que necesita?

1. Si	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

13. ¿En qué idioma prefiere usted obtener la información? (Jerarquice del 1 al 3, donde 1 es el idioma que más prefiere)

1. _____
2. _____
3. _____

II. MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA QUE RESPONDA A LA RAZÓN DEL USO DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN.

14. Cuando necesita información sobre medicamentos y salud pública ¿A qué fuente acude y cuál es la razón? Elija hasta 5.

(Fíjese en el ejemplo del cuadernillo adjunto antes de contestar)

¿A dónde acude?	¿Cuál es la razón?						
	Comodidad	Bajo costo	Accesibilidad	Rapidez	Calidad de contenidos	Facilidad de uso	Pertinencia
1. Revistas médicas especializadas							
2. Monografías							
3. Biblioteca especializada							
4. E-Books							
5. Guía de práctica clínica							
6. PLM							
7. Boletines							
8. Nomenclaturas y clasificaciones: CIE, DSM							
9. Colegas de la misma especialidad							
10. Colegas de otra especialidad							
11. Conferencias, seminarios, congresos							
12. Repositorios digitales y bases de datos							
13. Visitadores de la industria farmacéutica							
14. Internet (páginas web, blogs, etc.)							
15. Insertos de los medicamentos							
16. Leyes, normas, códigos y reglamentos							

- III. ASIGNE UNA VALORACIÓN DEL 1 AL 5 A LA(S) FUENTE(S) DE INFORMACIÓN QUE MENCIONÓ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EN DONDE 1 ES MUY INSATISFATORIA Y 5 ES MUY SATISFATORIA E INDIQUE SU FRECUENCIA DE USO.

15. ¿Qué valor le asigna a la información que obtiene de las fuentes y con qué frecuencia las utiliza?

*(Fijese en el ejemplo del cuadernillo adjunto antes de contestar)*

¿A dónde acudir?	Valoración				
	Muy insatisfactoria (1)	Insatisfactoria (2)	Ni muy satisfactoria ni muy insatisfactoria (3)	Satisfactoria (4)	Muy satisfactoria (5)
1. Revistas médicas especializadas					
2. Monografías					
3. Biblioteca especializada					
4. E-Books					
5. Guía de práctica clínica					
6. PLM					
7. Boletines					
8. Nomenclaturas y clasificaciones: CIE, DSM					
9. Colega de la misma especialidad					
10. Colega de otra especialidad					
11. Conferencias, seminarios, congresos					
12. Repositorios digitales y bases de datos					
13. Visitadores de la industria farmacéutica					
14. Internet (páginas web, blogs, etc)					
15. Insertos de los medicamentos					
16. Leyes, normas, códigos y reglamentos					

IV. MARQUE CON UNA X LAS OPCIONES QUE CREA NECESARIAS.

16. Si en sus respuestas a las preguntas 14 y 15 contestó que acude a repositorios digitales y bases de datos (opción 12), a continuación mencione cuál o cuáles y en caso de no haber seleccionado la opción 12, pase directo a la pregunta número 17.

1.
2.
3.
4.
5.

17. ¿Cuál es el motivo por el que no le es posible acudir a repositorios digitales y bases de datos?

1. Idioma de las publicaciones	
2. Exceso de volumen de información	
3. Alto costo de las publicaciones	
4. Saturación de demanda de servicios asistenciales	
5. Falta de equipo de cómputo e internet	
6. Desconocimiento de cómo realizar la búsqueda	
7. Otro(s) especifique:	

18. ¿Qué tipo de información sobre medicamentos necesita para el desarrollo de sus actividades laborales?

1. Farmacoterapéutica	
2. Farmacoeconomía	
3. Educación sanitaria	
4. Farmacovigilancia	
5. Farmacocinética/farmacodinamia	
6. Legislación	
7. Evaluación de nuevos medicamentos	
8. Epidemiología de los medicamentos	
9. Prescripciones <i>off label</i> (fuera de indicación)	
10. Medicamentos genéricos	
11. Otro(s) especifique:	

19. ¿Qué tipo de información sobre salud pública necesita para el desarrollo de sus actividades laborales?

1. Censo poblacional	
2. Estadísticas de natalidad	
3. Estadísticas de mortalidad	
4. Vigilancia epidemiológica	
5. Prevención de enfermedades	
6. Control de enfermedades no transmisibles	
7. Control de enfermedades transmisibles	
8. Egresos hospitalarios (morbilidad)	
9. Indicadores sanitarios	
10. Encuestas de salud	
11. Enfermedades de notificación obligatoria	
12. Salud Pública Basada en Evidencia	
13. Toma de decisiones en salud pública	
14. Promoción de la salud	
15. Programas y campañas	
16. Otro(s) especifique:	

20. ¿Cuáles son los problemas de salud pública habituales en los que considera necesitar más información para la toma de decisiones?

Mencione hasta 10:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

21. A continuación asigne un porcentaje a las actividades según refleje su dedicación durante sus horas de trabajo. (Fijese en el cuadernillo adjunto antes de contestar).

1. Cuidado del paciente	%
2. Gestión	%
3. Procedimiento	%
4. Investigación	%
5. Tareas administrativas	%
6. Docencia	%
7. Estudio y aprendizaje	%
TOTAL	100%

22. ¿Considera usted que tener información técnico-científica fidedigna y de calidad es importante para realizar sus actividades laborales?

1. SÍ	<input type="checkbox"/>
2. NO	<input type="checkbox"/>

23. ¿En el último año ha recibido educación médica para el desarrollo de la profesión?

1. SÍ	<input type="checkbox"/>
2. NO	<input type="checkbox"/>

24. ¿La institución en la que labora le ofrece recursos y servicios que satisfacen sus necesidades de información?

1. SÍ	<input type="checkbox"/>
2. NO	<input type="checkbox"/>

25. Si su respuesta a la pregunta anterior fue negativa, explique ¿por qué?

--

**GRACIAS POR SU TIEMPO DEDICADO, SI ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACIÓN, POR FAVOR DEJE SU CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO EN EL SIGUIENTE ESPACIO:**

E-mail: \_\_\_\_\_

### 7.7.3 Cuadernillo de apoyo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT  
ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CUADERNILLO DE APOYO PARA EL CUESTIONARIO DE LAS  
NECESIDADES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y  
SALUD PÚBLICA DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL CIVIL DE  
TEPIC, NAYARIT "DR. ANTONIO GONZÁLEZ GUEVARA"**

**TEPIC, NAYARIT, MAYO DE 2016**

**CUADERNILLO DE APOYO PARA EL CUESTIONARIO DE LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y SALUD PÚBLICA DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL CIVIL DE TEPIC, NAYARIT "DR. ANTONIO GONZÁLEZ GUEVARA".**

Ejemplos de respuestas para contestar el cuestionario.

INDICACIÓN II: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA QUE RESPONDA A LA RAZÓN DEL USO DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN.

**Pregunta 14.** Cuando necesita información sobre medicamentos y salud pública ¿A qué fuente acude y cuál es la razón? (En este caso se elegirán hasta cinco respuestas de la columna izquierda y a cada fuente de información que acudan se le tiene que seleccionar solo una razón de uso, en las columnas de la derecha).

¿A dónde acude?	¿Cuál es la razón?						
	Comodidad	Bajo costo	Accesibilidad	Rapidez	Calidad de contenidos	Facilidad de uso	Pertinencia
17. Revistas médicas especializadas					X		
18. Monografías							
19. Biblioteca especializada							
20. E-Books							
21. Guía de práctica clínica	X						
22. PUA			X				
23. Boletines							
24. Nomenclaturas y clasificaciones: CIE, DSM							
25. Colega de la misma especialidad							
26. Colega de otra especialidad				X			
27. Conferencias, seminarios, congresos							
28. Repositorios digitales y bases de datos							
29. Visitadores de la industria farmacéutica							
30. Internet (páginas web, blogs, etc.)			X				
31. Insertos de los medicamentos							
32. Leyes, normas, códigos y reglamentos							

INDICACIÓN III. ASIGNE UNA VALORACIÓN DEL 1 AL 5 A LA(S) FUENTE(S) DE INFORMACIÓN QUE MENCIONÓ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EN DONDE 1 ES MUY INSATISFACTORIA Y 5 ES MUY SATISFACTORIA E INDIQUE SU FRECUENCIA DE USO.

**Pregunta 15. ¿Qué valor le asigna a la información que obtiene de las fuentes y con qué frecuencia las utiliza?** *(En este caso se deben seleccionar las mismas respuestas que en la pregunta anterior, es decir, en el ejemplo anterior se seleccionaron 5 respuestas, aunque pueden ser menos y las cuales tienen que coincidir en esta pregunta, cada una de las respuestas debe tener una valoración y también una frecuencia de uso).*

¿A dónde acude?	Valoración				
	Muy insatisfactoria (1)	Insatisfactoria (2)	Ni muy satisfactoria ni muy insatisfactoria (3)	Satisfactoria (4)	Muy satisfactoria (5)
1. Revistas especializadas					X
2. Monografías					
3. Biblioteca especializada					
4. E-Books					
5. Guía de práctica clínica			X		
6. RUM				X	
7. Bases de datos					
8. Nomenclaturas y clasificaciones CIE, DSM					
9. Colega de la misma especialidad					
10. Colega de otra especialidad	X				
11. Conferencias, seminarios, congresos					
12. Repositorios digitales y bases de datos					
13. Visitadores de la industria farmacéutica					
14. Internet (páginas web, blog, etc.)			X		
15. Insultos de los medicamentos					
16. Leyes, normas, códigos y reglamentos					

**Pregunta 17.** ¿Cuál es el motivo por el que no le es posible acudir a repositorios digitales y bases de datos?

8. Idioma de las publicaciones	
9. Exceso de volumen de información	
10. Alto costo de las publicaciones	
11. Saturación de demanda de servicios asistenciales	
12. Falta de equipo de cómputo e internet	
13. Desconocimiento de cómo realizar la búsqueda	
14. Otro(s) especifique:	

**Pregunta 18.** ¿Qué tipo de información sobre medicamentos necesita para el desarrollo de sus actividades laborales? (Seleccione todas las que crea necesarias).

12. Farmacoterapéutica	
13. Farmacoeconomía	
14. Educación sanitaria	
15. Farmacovigilancia	
16. Farmacocinética/farmacodinamia	
17. Legislación	
18. Evaluación de nuevos medicamentos	
19. Epidemiología de los medicamentos	
20. Prescripciones <i>off label</i> (fuera de indicación)	
21. Medicamentos genéricos	
22. Otro(s) especifique:	

**Pregunta 19.** ¿Qué tipo de información sobre salud pública necesita para el desarrollo de sus actividades laborales? (Seleccione todas las que crea necesarias).

17. Censo poblacional	
18. Estadísticas de natalidad	
19. Estadísticas de mortalidad	
20. Vigilancia epidemiológica	
21. Prevención de enfermedades	
22. Control de enfermedades no transmisibles	
23. Control de enfermedades transmisibles	
24. Egresos hospitalarios (morbilidad)	
25. Indicadores sanitarios	
26. Encuestas de salud	
27. Enfermedades de notificación obligatoria	
28. Salud Pública Basada en Evidencia	
29. Toma de decisiones en salud pública	
30. Promoción de la salud	
31. Programas y campañas	
32. Otro(s) especifique:	

**Pregunta 20.** ¿Cuáles son los problemas de salud pública habituales en los que considera necesitar más información para la toma de decisiones?  
Mencione hasta 10:

11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

**Pregunta 21.** A continuación asigne un porcentaje a las actividades según refleje su dedicación durante sus actividades laborales. (tiene que tomar en cuenta su jornada laboral como un 100 %, y ponderar a cada actividad según lo que realice en la jornada)

8. Cuidado del paciente	50%
9. Gestión	5%
10. Procedimiento	5%
11. Investigación	5%
12. Tareas administrativas	20%
13. Docencia	5%
14. Estudio y aprendizaje	10%
TOTAL	100%

## 7.8 Recogida de la información

Después de haber elaborado el cuestionario final y el cuadernillo, se realizó la selección y formación de los entrevistadores: cuatro estudiantes de segundo año del programa de Licenciatura en Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit, una estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit y el investigador principal de esta investigación, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit.

La capacitación para la correcta aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en tres sesiones, que consistieron en la explicación del estudio y sus objetivos, de la misma forma se explicó la forma de administración del cuestionario y se resolvieron todas las dudas con respecto al mismo. También se llevaron a cabo representaciones prácticas teatrales sobre la forma en que deberían llevarse a cabo las entrevistas en el ámbito hospitalario, haciendo énfasis en que no deberían sesgar o influir en las respuestas, que deberían mostrarse neutrales, serviciales, cordiales y se destacó la importancia de transmitir a los encuestados que no había respuestas correctas o incorrectas y de la misma forma se les pidió que agradecieran la colaboración de antemano así como la importancia de su participación en el estudio.

Posterior a esto, se acudió al Hospital durante los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre para realizar el trabajo de campo, en donde se localizó a los médicos mediante el censo que proporcionó la dirección del Hospital. Las primeras tres encuestas aplicadas por cada encuestador fueron supervisadas por el investigador principal de esta investigación para verificar que cumplieran con las recomendaciones y para apoyar en caso de que surgiera alguna duda o inconveniente.

Cuando se localizaba al facultativo, cada entrevistador saludaba cordialmente y, tratando en la manera de lo posible de no interferir con sus labores, se presentaban e identificaban como colaboradores de dicho estudio, a continuación, se procedía a esbozar al médico de manera general el objetivo de la investigación y se hacía énfasis en la importancia de la participación en la misma, después se le preguntaba

si deseaba contribuir en el estudio y de ser así se buscaba un lugar cómodo y sin distractores, una vez que el médico aceptaba participar, se precisaba que si en algún momento tenían alguna duda o comentario, lo externaran para dar respuesta y no dejar dudas e incertidumbre, así también se les dejó en claro que las preguntas no tenían respuestas correctas o incorrectas y que no se harían juicios de valor ante lo que externaran, por último se comenzaba a cuestionar y a dar registro de las respuestas obtenidas.

Cuando el médico se mostraba interesado de participar pero no estaba en la mejor disposición para atender a los encuestadores en ese preciso momento, se le pedía que propusiera él o ella mismo(a) el momento adecuado, el cual podía ser en el mismo día o postergarlo para una fecha diferente. Los médicos que postergaron su participación fueron abordados en las fechas que ellos mismos propusieron y, en caso de seguir interesados y de no estar en disposición en la fecha propuesta, se volvía a proponer otra fecha y así sucesivamente hasta que el médico accediera. En caso de que el médico ya no estuviera interesado y lo dejara en claro después de habersele explicado todo lo anteriormente expuesto, se le agradecía y se despedía cordialmente.

Cuando el médico desde el principio se negaba a participar en el estudio, de igual forma se le agradecía y el entrevistador se despedía cordialmente. El tiempo promedio de duración de las entrevistas fue de 14 minutos y 49 médicos (43.8 %) participaron en la primer visita, 43 (38.4 %) lo hicieron en la segunda visita y un total de 20 médicos (17.9 %) accedieron a participar en la tercer visita.

## **7.9 Análisis de la información**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados con el paquete estadístico SPSS de IBM en la versión 21 y se encontraron las frecuencias, moda, mediana, etc. para las variables.

## **7.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos**

La coordinación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), previa solicitud, expidió un documento de presentación para solicitar

conforme al convenio establecido entre el Hospital y la UAN, el apoyo para que esta investigación pudiese ser llevada a cabo en las instalaciones del nosocomio.

Posteriormente, se entregó copia del protocolo de investigación a la Jefatura de Enseñanza y el Comité de Bioética y Ética del Hospital para el análisis y la aprobación del mismo, resultando aprobado e inmediatamente después, se entregó copia del documento aprobatorio a la subdirectora del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, firmando de recibido (anexo 1).

En el cuestionario se incluyó, en la hoja de presentación, un espacio designado para que los médicos plasmaran su firma de consentimiento para participar en el estudio y se les informaba que los datos obtenidos se tratarían de manera confidencial, debido a que el nombre no era un requisito y que no había preguntas delicadas que dañaran o afectaran al entrevistado.

## Capítulo 8

### RESULTADOS

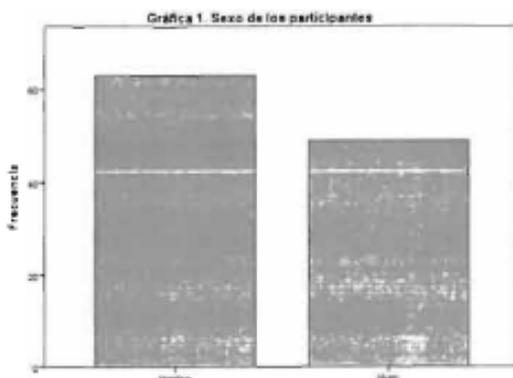
#### 8.1 Tasa de respuesta

De los 136 médicos que conformaban la muestra, 112 (82.35 %) aceptaron participar y cumplimentaron con la encuesta. El resto, es decir 24 médicos no participaron por los siguientes motivos: 10 (7.35 %) no aceptaron explícitamente, 4 (2.94 %) estaban jubilados al momento de encuestar, 2 (1.47 %) tenían permiso por maternidad, 2 (1.47 %) por enfermedad, 2 (1.47 %) bajas definitivas, 2 (1.47 %) comisionados y por último 2 médicos (1.47 %) estaban laborando en otras instituciones por cambios.

#### 8.2 Características sociodemográficas

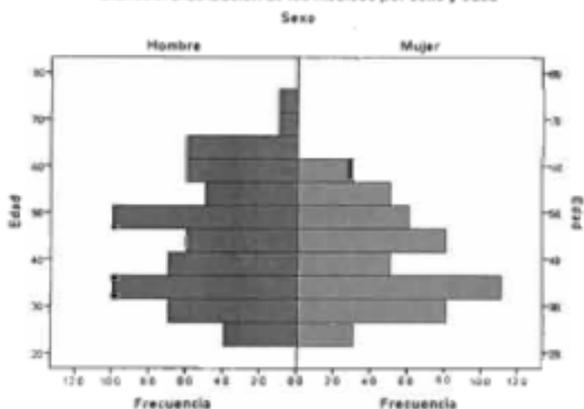
##### 8.2.1 Sexo y edad

La población que atendió la entrevista fue de 112 médicos y se compone de 63 hombres (56.3 %) y 49 mujeres (43.8 %). La base de la pirámide está ocupada mayoritariamente por los hombres y la edad promedio es de 42.83 años (gráficos 1 y 2).



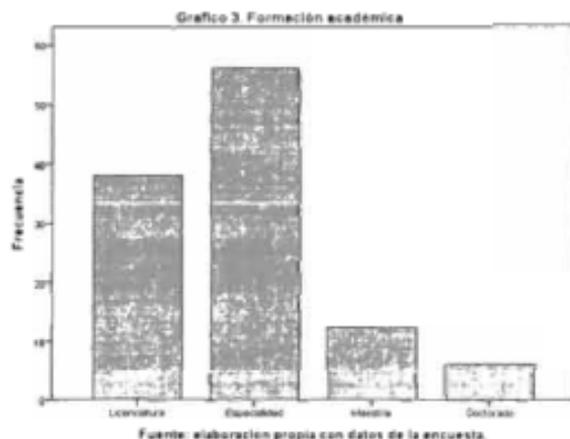
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Grafico 2. Distribución de los médicos por sexo y edad



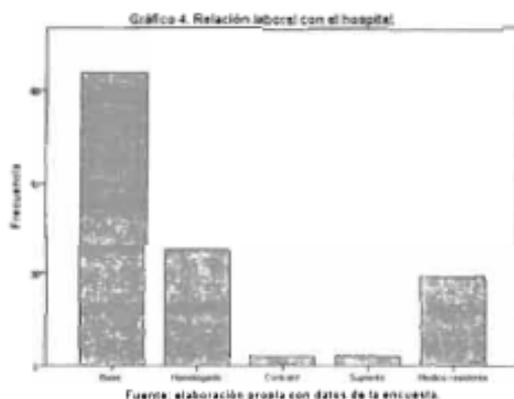
### 8.2.2 Formación académica de los médicos

Según la formación académica, el 50 % de los encuestados tienen alguna especialidad, el 33.9 % tiene sólo estudios de licenciatura, el 10.7 % tiene una maestría y el 5.4 % restante tiene estudios de doctorado (gráfico 3).



### 8.2.3 Relación laboral con el hospital

En lo que respecta a la relación laboral con el Hospital Civil de Tepic, el 57.1 % de los médicos dijeron ser trabajadores de base, el 22.3 % son homologados, el 17.0 % son médicos residentes, el 1.8 % son trabajadores de contrato y el 1.8 % son suplentes (gráfico 4).



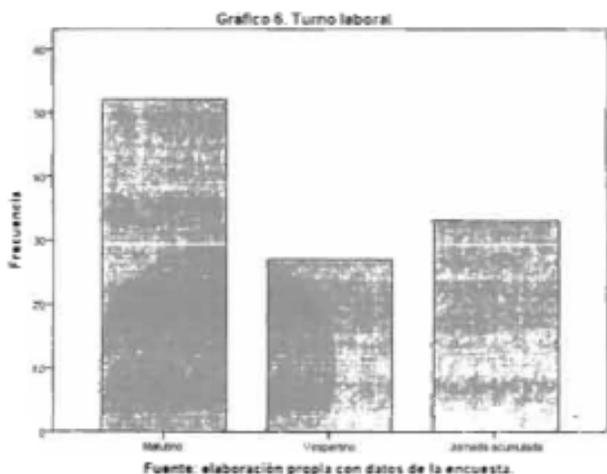
### 8.2.4 Características del puesto de trabajo

En cuanto la información recabada sobre el número de consultas que los médicos otorgan durante una jornada laboral, en promedio el total de consultas fue de 14.09 por turno laboral. En lo que se refiere a la antigüedad con su puesto de trabajo, en promedio el total fue de 12.49 años.

En lo que respecta a la disponibilidad tanto de servicio de Internet y de equipo de cómputo en el servicio de trabajo, el 54.5 % dijo solo tener acceso a un ordenador más no a servicio de Internet, el 26.8 % expresó tener tanto servicio de Internet como ordenador, el 17.9 % expresó carecer tanto de Internet como ordenador en el área de trabajo y, un médico (0.89 %) refirió tener servicio de Internet más no un ordenador (gráfico 5).



En lo que se refiere al turno de trabajo, el 46.4 % de los médicos laboraban en el turno matutino, el 29.5 % laboraban en jornadas acumuladas y el 24.1 % restante lo hacía en el turno vespertino (gráfico 6).



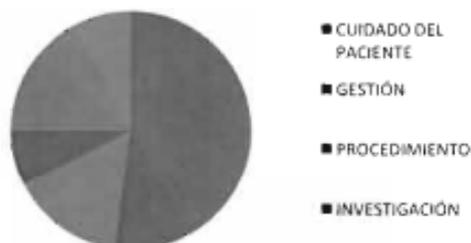
En cuanto a las características del puesto de trabajo, el 72.3 % de los médicos refirieron no desempeñar funciones docentes y el 27.7 % manifestaron llevar a cabo funciones docentes en alguna universidad pública o privada (gráfico 7).



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En lo que respecta a qué porcentaje de la jornada laboral le dedican los médicos a las diversas funciones, en promedio, su tiempo se distribuye de la siguiente manera: 42 % de su jornada está destinada al cuidado del paciente, 15 % se destina a realizar procedimientos, 11% se destina a realizar funciones administrativas, 10 % a las actividades de gestión, 8 % al estudio y aprendizaje, 8% a la investigación y por último un 6 % de su tiempo se destina a realizar funciones docentes dentro la institución (gráfico 8).

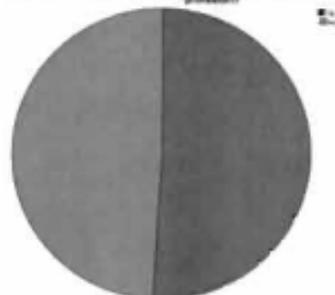
Gráfico 8. Actividades realizadas en una jornada laboral



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Continuando con las características del puesto de trabajo, el 50.9 % de los médicos refirieron no haber recibido educación médica para el desarrollo de la profesión durante el último año y el 49.1 % expresaron haber participado en actividades de educación médica continua en el último año (gráfico 9).

Gráfico 9. ¿En el último año ha recibido educación médica para el desarrollo de la profesión?



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

### 8.3 Necesidades de información sobre medicamentos y salud pública

#### 8.3.1 Necesidades sentidas de información

Del total de los médicos que participaron, el 94.6 % expresó que en el último mes habían necesitado información adicional sobre medicamentos y salud pública para tomar decisiones y el resto, es decir, 6 médicos (5.4 %) dijeron no haber necesitado adicional (gráfico 10).

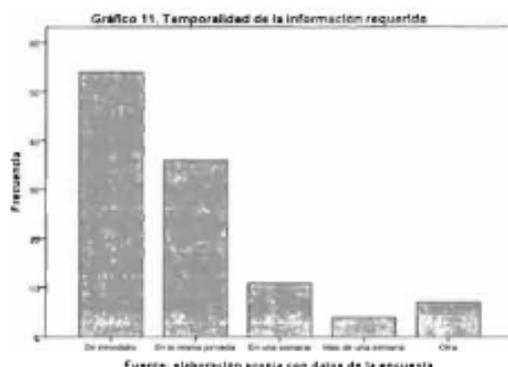
Gráfico 10. Necesidad de obtener información adicional para tomar decisiones



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

### 8.3.2 Temporalidad con la que se requiere la información

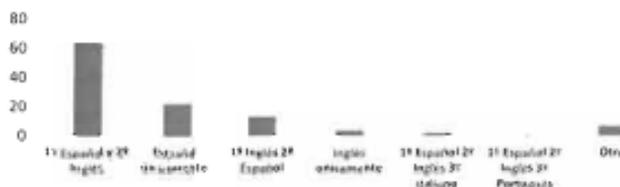
En cuanto a la información requerida y el plazo para obtenerla y tomar decisiones en salud, el 48.2 % expresó necesitar la información de inmediato, el 32.1 % dijo necesitarla durante la misma jornada laboral en la que surge la necesidad de información, el 9.8 % refirió necesitar la información en el plazo de una semana, el 3.6 % expresó necesitarla en un plazo mayor a una semana y por último, los siete médicos restantes (6.25 %) y que se englobaron en "otros", respondieron que no necesitaban información (gráfico 11).



### 8.3.3 Idioma preferido para obtener la información necesitada

Del total de los médicos que expresaron realizar una búsqueda para encontrar la información que necesitaban, el 56.25 % dijo buscarla en primer lugar en español y en segundo lugar en inglés, 19.64 % solo busca información en idioma español, 11.60 % busca en primera instancia en el idioma inglés y en segundo lugar en español, 3.57 % busca solo en el idioma inglés, 1.78 % busca en primer lugar información en idioma español, en segundo lugar en idioma inglés y en tercer lugar en idioma italiano, el 0.89 % busca información principalmente en idioma español, secundariamente en idioma inglés y terciariamente en idioma portugués, y por último, en "otros" se engloban los siete (6.25 %) médicos que expresaron no realizar un comportamiento de búsqueda de la información (gráfico 12).

**Gráfico 12. Jerarquización del idioma preferido para buscar información**

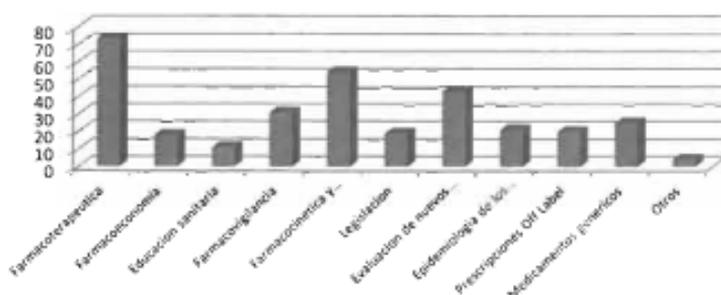


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

### 8.3.4 Información sobre medicamentos necesitada

En lo que se refiere a la información sobre medicamentos en general que los médicos necesitan para llevar a cabo sus actividades, se obtuvieron un total de 319 respuestas, debido a que el médico tenía la posibilidad de elegir desde una opción hasta 11, lo encontrado fue lo siguiente: el 65.17 % de los médicos dijeron necesitar información sobre Farmacoterapéutica, el 48.21 % sobre Farmacocinética y Farmacodinamia, el 40.95 % sobre Evaluación de Nuevos Medicamentos, 27.67 % sobre Farmacovigilancia, 22.32 % sobre Medicamentos Genéricos, 18.75 % sobre Epidemiología de los Medicamentos, 17.85 % sobre Prescripciones Off Label, 16.94 % sobre Legislación, 16.07 % sobre Farmacoeconomía, 9.82 % sobre Educación Sanitaria y por último, el 3.57 % de los médicos dijeron no necesitar información adicional sobre medicamentos (gráfico 13).

**Gráfico 13. Información necesaria sobre medicamentos**

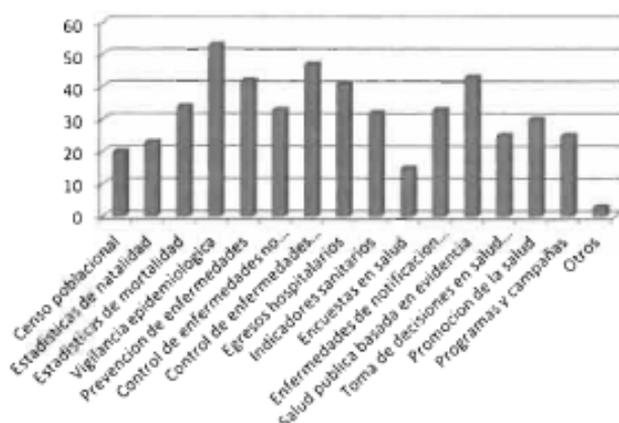


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

### 8.3.5 Información sobre salud pública necesitada

En cuanto a las necesidades de información sobre salud pública que los médicos expresaron requerir, se obtuvieron en total 499 respuestas, debido a que la pregunta era de respuesta múltiple y los médicos tenían la oportunidad de elegir desde una hasta 17 opciones, las cuales fueron las siguientes: el 47.32 % expresó necesitar información sobre Vigilancia Epidemiológica, 41.96 % sobre Control de Enfermedades Transmisibles, 38.39 % sobre Salud Pública Basada en Evidencia, 37.5 % sobre Prevención de Enfermedades en general, 36.6 % sobre Egresos Hospitalarios, 30.35 % sobre Estadísticas de Mortalidad, 29.46 % sobre Control de Enfermedades no Transmisibles, 29.46 % sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria, 28.57 % sobre Indicadores Sanitarios, 26.78 % sobre Promoción de la Salud, 22.32 % sobre Programas y Campañas, 22.32 % sobre Toma de Decisiones en Salud Pública, 20.53 % sobre Estadísticas de Natalidad, 17.85 % sobre Censo Poblacional, 13.39 % sobre Encuestas de Salud y el 2,6 %, fueron las menciones que se englobaron en "otras" en donde los médicos expresaron no necesitar información sobre salud pública (gráfico 14).

Gráfico 14. Información necesaria sobre salud pública

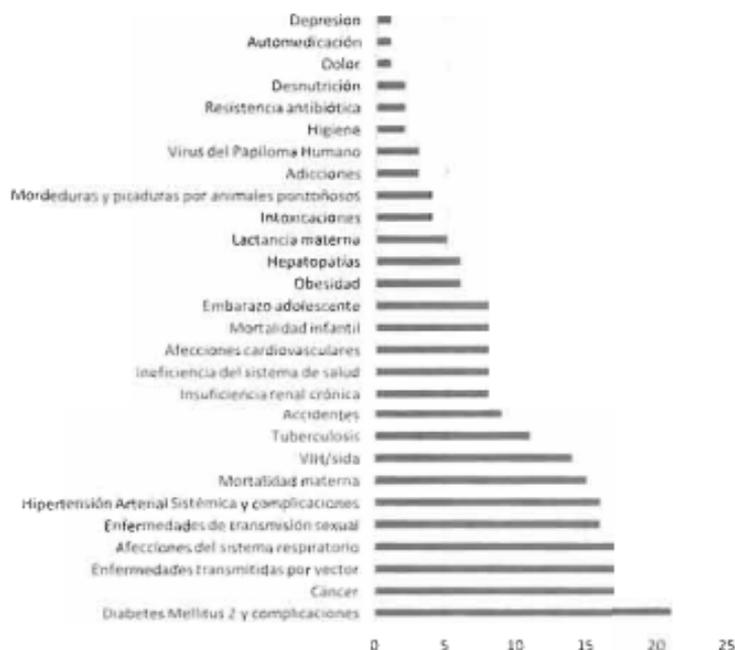


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

### 8.3.6 Problemas de salud pública en los que se necesita información adicional

De los problemas de salud pública en los que los médicos consideraban necesitar más información, se obtuvieron 233 respuestas, esto debido a que cada médico tenía la oportunidad de mencionar hasta 10 respuestas. Los resultados fueron los siguientes: el 18.75 % dijo necesitar información adicional sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones, 15.17 % dijo necesitar más información sobre los diversos tipos de cáncer, 15.17 % sobre Enfermedades Transmitidas por Vector, entre las que se incluyen Dengue, Zika y Chikungunya, el 15.17 % mencionó necesitar más información sobre infecciones del sistema respiratorio, entre las que se incluyen Infecciones de Vías Aéreas Altas, Infecciones de Vías Aéreas Bajas e Influenza, el 14.28 % expresó necesitar información adicional sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, el 14.28 % necesita información adicional sobre Hipertensión Arterial Sistémica y sus complicaciones, 13.39 % sobre mortalidad materna, 12.5 % sobre VIH/sida, 9.8 % sobre Tuberculosis, 8.0 % sobre accidentes, 7.14 % sobre Insuficiencia Renal Crónica, 7.14 % necesita información sobre el sistema de salud y la ineficiencia en cuanto a recursos humanos en salud y suministros médicos, entre ellos medicamentos y material de curación, 7.14 % necesitan información sobre afecciones cardiovasculares, 7.14 % sobre mortalidad infantil, 7.14 % sobre embarazo adolescente, 5.35 % sobre obesidad, 5.35 % sobre hepatopatías, entre las que se incluyen afecciones transmisibles y no transmisibles, 4.46 % sobre lactancia materna, 3.57 % sobre intoxicaciones por químicos y alcohol, 3.57 % sobre mordeduras por viperinos y arácnidos, así como por picaduras de alacrán, 2.67 % sobre adicciones, 2.67 % sobre el Virus del Papiloma Humano, 1.78 % sobre higiene, 1.78 % sobre la resistencia a los antibióticos, 1.78 % sobre desnutrición, de igual forma con tan solo una mención los médicos necesitan información sobre dolor (0.89 %), automedicación (0.89 %) y depresión(0.89 %) (gráfico 15).

**Gráfico 15. Problemas de salud pública en los que se necesita información adicional**



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

#### 8.4 Sobre el comportamiento de búsqueda de la información

Del total de médicos que participaron, el 93.8 % expresó haber buscado información cuando se les presentaba la necesidad y el 6.25 % dijo no realizar la búsqueda. Es importante mencionar que uno de los médicos que expresó no realizar la búsqueda había dicho con anterioridad haber sentido la necesidad de obtener información pero no llevo a cabo el comportamiento informativo (gráfico 16).



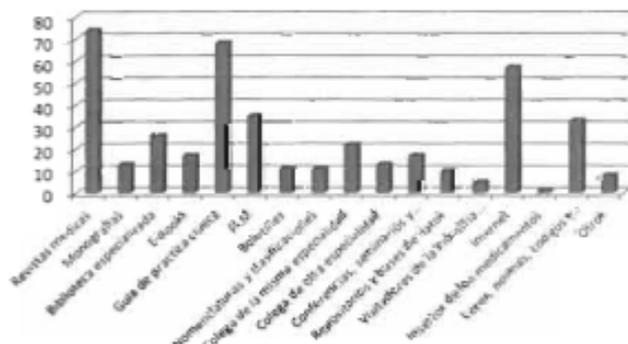
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

#### 8.4.1 Fuentes de información a las que acude el médico

En cuanto a las fuentes a las que acude el médico cuando surge una necesidad de información, se obtuvieron un total de 421 respuestas, debido a que la pregunta era de opción múltiple y con la oportunidad de elegir desde una hasta cinco opciones, en esta misma pregunta se les pedía a los médicos que describieran la razón por la cual utilizaban la fuente, pudiendo seleccionar de entre siete opciones de un diferencial semántico. Lo encontrado fue lo siguiente: el 66.1 % dijo buscar en revistas médicas, las principales razones mencionadas por los encuestados para acceder a esta fuente fueron por: calidad de contenidos (64.86 %), accesibilidad (13.51 %) y pertinencia (10.81 %). El 60.7 % dijo buscar en Guías de la Práctica Clínica, las principales razones mencionadas por los encuestados para acceder a esta fuente fueron por: calidad de contenidos (29.41 %), accesibilidad (25.0 %) y comodidad (16.17 %). 50.9 % busca en Internet, entre las razones para hacerlo se encontraron: comodidad (31.57 %), rapidez (29.82 %) y accesibilidad (19.29 %). El 31.3 % busca en PLM, el 25.71 % lo hace por comodidad, otro 25.71 % lo hace por accesibilidad y el 20 % lo hace por la rapidez. El 29.5 % acude a buscar en normas, leyes, códigos y reglamentos, donde el 36.36 % lo hace por considerarlo pertinente y un 21.21 % lo hace por la calidad de sus contenidos. El 23.2 % acude a una biblioteca especializada, en donde el 57.69 % lo hace por la calidad de los

contenidos y un 15.38 % por accesibilidad. El 19.6 % consulta a colegas de la misma especialidad, donde el 36.36 % lo hace por comodidad y el 22.72 % por accesibilidad. El 15.17 % acude a E-Books por comodidad en el 35.29 % de los casos y por la facilidad de su uso en el 29.41 %. El 15.7 % acude a conferencias, seminarios y congresos, donde el 64.70 % lo hace por la calidad de los contenidos y el 17.64 % por considerarlo pertinente. El 11.6 % acude a monografías (46.15 % por la calidad de los contenidos, 15.38 % por comodidad y 15.38 por rapidez). El 11.6 % a colegas de otra especialidad, donde el 46.15 % lo hace por comodidad y el 30.76 % por accesibilidad. El 9.8 % acude a boletines (45.5 % por accesibilidad y 36.36 % por calidad de contenidos). El 9.8 % acude a nomenclaturas y clasificaciones (36.36 % por accesibilidad y 18.18 % por la calidad de sus contenidos). El 9.1 % acude a bases de datos y repositorios digitales (54.54 % por la calidad de sus contenidos y 18.18 % por considerarlo pertinente). El 4.5 % acude a visitantes de la industria farmacéutica, donde el 80 % lo hace por comodidad. El 0.9 % acude a los insertos de los medicamentos (100 % por la calidad de sus contenidos) y, el 6.9 % restante, son los médicos que mencionaron no tener necesidades de información y por lo tanto no acuden a ninguna fuente de información (gráfico 17).

**Gráfico 17. Fuentes de información sobre medicamentos y salud pública a las que acuden los médicos**

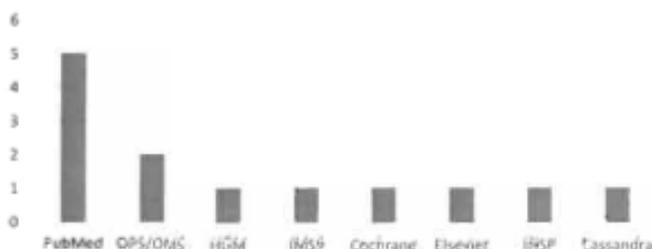


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

#### 8.4.2 Bases de datos y repositorios digitales consultados

Del 9.1 % de los médicos que afirmaron consultar información en repositorios digitales y bases de datos, el 45.5 % dijo consultar en Pubmed/Medline, 18.18 % consulta en los recursos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, y en igual número se mencionaron en solo una ocasión los recursos del Hospital General de México (9.09 %), los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social (9.09 %), la biblioteca Cochrane (9.09 %), los recursos de Elsevier (9.09 %), los recursos del Instituto Nacional de Salud Pública (9.09 %) y por último la base de datos Cassandra (9.09 %)(gráfico 18).

Gráfico 18. Bases de datos y repositorios digitales a las que acceden los médicos

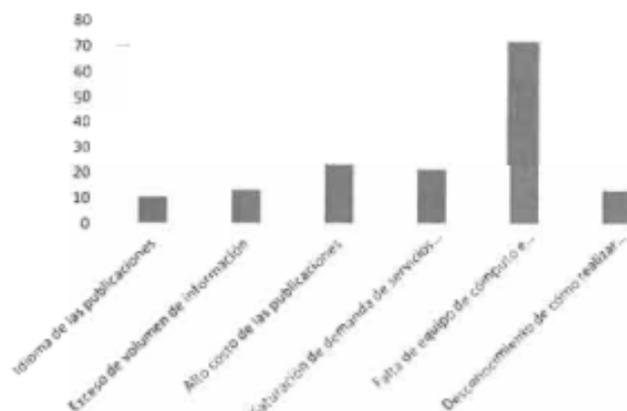


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

#### 8.4.3 Causas para no acudir a repositorios digitales y bases de datos

En lo que se refiere a los motivos por los cuales los médicos no consultan en bases de datos y repositorios digitales, se obtuvieron 152 respuestas, debido a que el médico tenía la posibilidad de escoger hasta seis opciones, de lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados: el 64.3 % expresó no consultar bases de datos y repositorios debido a la carencia de equipo de cómputo e Internet en el servicio, el 20.5 % no consulta por el alto costo de las publicaciones, el 18.8 % por la saturación de demanda de servicios asistenciales, el 11.6 % no accede a los recursos por considerar como una barrera el exceso del volumen de información existente, el 11.6 % por el desconocimiento de cómo se realiza una búsqueda y por último, el 8.9 % considera que el idioma de las publicaciones es una barrera para acceder a bases de datos y repositorios digitales (gráfico 19).

**Gráfico 19. Motivos para no consultar en bases de datos y repositorios digitales**



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

## 8.5 Satisfacción de las necesidades de información

### 8.5.1 Percepción del nivel de satisfacción frente a las fuentes de información a las que acceden los médicos

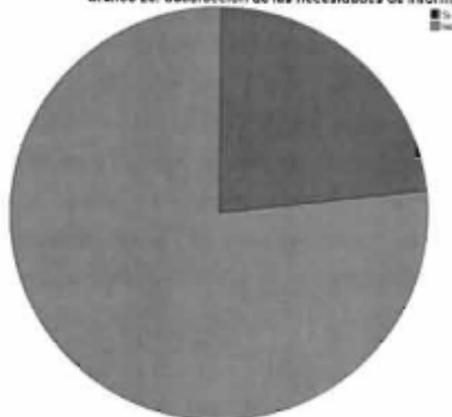
A los médicos también se les cuestionó acerca de su nivel percibido de satisfacción frente a las fuentes de información a las que acudían cotidianamente, en total se obtuvieron 421 respuestas, debido a que por cada fuente de información que mencionaban, asignaban una valoración mediante una escala tipo Likert que se dividió en cinco rubros: 1) Muy insatisfactoria, 2) Insatisfactoria, 3) Ni muy satisfactoria ni muy insatisfactoria, 4) Satisfactoria y, 5) Muy satisfactoria. Lo encontrado fue lo siguiente: el 56.57 % de los encuestados expresaron estar muy satisfechos con las revistas médicas y un 39.18 % dijo estar solamente satisfecho. El 69.23 % dijo estar satisfecho con las monografías y un 23.07 % dijo estar ni muy satisfecho ni muy insatisfecho. En cuanto a la biblioteca médica, el 53.84 % dijo estar satisfecho y el 38.46 % estaba muy satisfecho. En lo que se refiere a los E-

Books, el 64.70 % dijo estar satisfecho y el 23.52 % estuvo muy satisfecho. El 41.17 % consideró que estaban satisfechos con las Guías de la Práctica Clínica y un 39.70 % dijo estar muy satisfecho, el 48.57 % mencionó estar satisfecho con el PLM y el 28.57 % estuvo muy satisfecho por esta fuente de información. El 36.36 % refirió estar satisfecho con los boletines, y otro 27.27 % estaba muy satisfecho con esta fuente de información. En cuanto a las nomenclaturas y clasificaciones, los médicos refirieron estar muy satisfechos en el 36.36 % de los casos y solo satisfechos en otro 36.36 %. De los encuestados, el 40.9 % mencionó estar satisfechos con sus colegas como fuente de información y el 36.36 % dijo estar muy satisfecho. El 46.15 % de los participantes estaban muy satisfechos con sus colegas de otras especialidades como fuente de información y el 30.76 % estaba satisfecho. El 58.82 consideró a las conferencias, seminarios y congresos como fuentes de información muy satisfactorias y un 35.29 % consideró que eran solo satisfactorias. El 54.54 % de los participantes consideró a las bases de datos y repositorios digitales como muy satisfactorios y otro 36.36 % considero que eran satisfactorios unicamente. En cuanto a la información proporcionada por los visitantes de la industria farmacéutica, el 60 % dijo estar ni muy satisfecho ni muy insatisfecho y el restante 40 % refirió que esta fuente de información era muy insatisfactoria. El 38.59 % de los médicos dijo estar satisfecho con Internet, otro 31.57 % dijo estar muy satisfecho. El 45.45 % de los participantes mencionaron estar satisfechos con las leyes, normas, códigos y reglamentos como fuente de información y un 33.33 % dijo estar muy satisfecho.

### **8.5.2 Satisfacción de las necesidades de información frente a los recursos y servicios que proporciona el Hospital Civil de Tepic, Nayarit**

En lo que se refiere a la opinión acerca de si con los recursos y los servicios que oferta la institución se satisfacen las necesidades de información, se encontró que del total de los médicos, el 76.8 % consideraron que el Hospital Civil de Tepic no proporciona aquellos recursos y servicios que satisfagan las necesidades de información, por otra parte, la percepción de los médicos restantes, es decir el 23.2 % consideraron que la institución sí satisface esas necesidades de información ( gráfico 20).

Gráfico 20. Satisfacción de las necesidades de información.



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

## Capítulo 9

### DISCUSIÓN

La presente investigación obtuvo una tasa de respuesta válida del 82.35 %, lo cual coincide con otros estudios, como el que realizaron Shabi IN y colaboradores<sup>104</sup>, en el que llevaron a cabo un estudio transversal y en donde se aplicó una encuesta a 540 médicos y en cuyo trabajo se obtuvo una tasa de respuesta de 82.2 %. Este estudio difiere en cuanto a la tasa de respuesta con trabajos como el de Adeola Oshikoya K y colaboradores<sup>79</sup> quienes realizaron un estudio para identificar las fuentes de información y su influencia en el comportamiento de prescripción de los médicos en un hospital, en el que se aplicó una encuesta, con una tasa de respuesta del 40.8 %.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se encontró que el 94.6 % de los médicos habían sentido la necesidad de obtener información adicional sobre medicamentos y salud pública para tomar decisiones en salud, lo cual se asemeja a los resultados del estudio realizado por Gallardo Pérez U y colaboradores<sup>96</sup>, en donde se encontró que el 98 % de los encuestados expresaron la necesidad de recibir información sobre epidemiología. Así también se asemeja a los hallazgos reportados por Raj, S y colaboradores<sup>108</sup>, en donde el 92 % de los participantes reconocieron la necesidad de obtener información en la práctica diaria.

En cuanto a las fuentes de información a las que los médicos mencionaron acudir para satisfacer sus necesidades de información, de ellos, el 70.47 % dijo buscar en revistas médicas, dato que coincide con lo encontrado por González de Dios J y colaboradores<sup>100</sup> cuyos resultados sugieren que los médicos leen preferentemente revistas especializadas.

Del total de los encuestados, el 50.89 % dijo buscar en Internet (páginas Web, blogs, etc.), este dato coincide con lo encontrado Shabi IN y colaboradores<sup>104</sup> en cuyo estudio el 53.8 % de los médicos habían usado recursos de Internet al menos una vez en las dos semanas anteriores a la investigación y se contraponen con lo que encontraron Louro González A y colaboradores<sup>101</sup> quienes obtuvieron que el 81.5 % de los encuestados no utilizaban nunca Internet durante la consulta médica. El

23.21 % de los médicos dijeron acudir a una biblioteca especializada, lo cual se acerca al resultado obtenido por el estudio llevado a cabo en Cuba por Bermello NR, Quintero SC, y Kessel SI<sup>97</sup>, en donde se encontró que el 41 % de los encuestados acudía a buscar información a la biblioteca de su unidad, el resultado obtenido puede deberse a que el Hospital Civil de Tepic no dispone de una biblioteca médica a la cual los médicos puedan acudir.

El 19.64 % de los médicos consultan a un colega de la misma especialidad y el 11.60 % acuden a colegas de otra especialidad, es decir, el 31.24 % de los médicos consultan a sus colegas, lo cual difiere a lo recabado por Adeola Oshikoya K y colaboradores<sup>79</sup>, quienes encontraron que en su población, el 98.8 % de los encuestados obtenían información de sus colegas.

El 31.25 % de los encuestados dijeron buscar información en PLM, el 4.46 % expresaron acudir a visitantes de la industria farmacéutica y, el 0.89 % refirió que acude a los insertos de los medicamentos, lo cual difiere con estudios como el de Adeola Oshikoya K y colaboradores<sup>79</sup>, en donde los médicos obtenían información de los visitantes de la industria farmacéutica en un 93.2 % de los casos y a materiales informativos de la industria farmacéutica en el 92.6 %, por otra parte se encuentra lo obtenido por Loza García MI y colaboradores<sup>99</sup> en donde la ficha técnica es utilizada por los farmacéuticos en el 80 % de los casos. Las inconsistencias anteriores entre los resultados de este estudio y los de referencia pudo deberse a que los médicos son conscientes de que las relaciones con la industria farmacéutica son una constante de conflictos de intereses y por lo tanto no se considera éticamente aceptable, a lo cual pudieron haber omitido información por considerarlo amenazante.

Otra cuestión que cabe mencionar es que solo el 9.82 % de los médicos expresaron que acuden a buscar información en bases de datos y repositorios digitales, los cuales son una estrategia fundamental para acceder al conocimiento que se encuentra almacenado y aún cuando se han hecho esfuerzos como el de la Biblioteca Virtual en Salud, en donde se puede consultar de manera gratuita. Dichos resultados se asemejan a los encontrados por Loza García MI y colaboradores<sup>99</sup>

quienes concluyeron que el acceso a las fuentes de información en formato electrónico es todavía escaso. Lo anterior difiere en gran número de lo que encontraron Shabi IN y colaboradores<sup>104</sup>, en donde la totalidad de los médicos habían usado bases de datos médicas en Internet durante las últimas cuatro semanas del estudio.

De la cuestión anterior también se pudieron conocer las razones para no realizar búsquedas en bases de datos y repositorios digitales, entre las cuales se encontraron en primer lugar, barreras por carecer de un computador e Internet en el 47.4 % de los casos y en un 8.6 % por no saber utilizar esos recursos, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos por García Jiménez E y colaboradores<sup>47</sup>, en el que se encontró que la mayoría de los médicos no utilizaban bases de datos por considerar difícil su utilización y por desconocimiento de cómo realizar una búsqueda. La institución, además de no proporcionar los servicios y recursos básicos como es el acceso a las Tecnologías de la Información y las comunicaciones, tampoco ha implementado acciones eficientes para paliar los retos que constituyen dichas tecnologías, lo cual se puede apreciar cuando el 50.9 % de los médicos refirieron no haber recibido intervenciones de educación médica para el desarrollo de la profesión.

En cuanto a la cuestión sobre la información en general sobre medicamentos necesitados se encontró que el 65.17 % dijo requerir información sobre farmacoterapéutica, 48.21 % sobre farmacocinética y farmacodinamia, 38.39 % sobre evaluación de nuevos medicamentos, 27.67 % sobre farmacovigilancia y el 6.6 % sobre epidemiología de los medicamentos, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos por Loza García MI y colaboradores<sup>99</sup> en donde se encontró que los médicos utilizaban las fuentes de información para buscar información sobre interacciones y reacciones adversas el 46.5 % de las veces, indicaciones y posología en el 36 % de las veces y sobre evaluación de nuevos medicamentos el 17.4 %.

Otra cuestión que se investigó y se considera innovadora, fue la de identificar las necesidades de información sobre salud pública, en donde el 47.32 % de los

encuestados dijeron necesitar información sobre vigilancia epidemiológica, 41.96 % sobre control de enfermedades transmisibles, 38.39 % sobre salud pública basada en evidencia, 37.5 % sobre prevención de enfermedades en general, y el 36.6 % sobre egresos hospitalarios. Cabe mencionar que muchos de los entrevistados son profesionales médicos que además de realizar actividades asistenciales, son también tomadores de decisiones no tan solo a nivel individual, sino también a un nivel en el que sus disposiciones, fundamentadas en evidencias científicas pueden innovar y potenciar los beneficios a nivel local y global, y por consiguiente fortalecer el sistema de salud y mejorar la salud de la población.

Otro aspecto indagado fue el de identificar los problemas de salud pública en los que los médicos consideraban necesitar más información y cada médico tenía la oportunidad de mencionar hasta 10 respuestas y se encontró que el 18.75 % dijo requerir información adicional sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones, 15.17 % sobre los diversos tipos de cáncer, 15.17 % sobre enfermedades transmitidas por vector, entre las que se incluyen Dengue, Zika y Chikungunya, 15.17 % sobre infecciones del sistema respiratorio, entre las que se incluyen infecciones de vías aéreas altas y bajas e influenza, 14.28 % sobre enfermedades de transmisión sexual, 14.28 % sobre Hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones, 13.39 % necesitan información sobre mortalidad materna, y el 12.5 % sobre VIH/sida, entre otros. En esta cuestión se pudo evidenciar que los médicos tienen dificultades para identificar problemas de salud pública, lo cual se dejó al descubierto por la baja responsiva y por expresar en diversas ocasiones que requerían de información adicional para poder dar contestación a este cuestionamiento.

Del total de los médicos que dijeron realizar una búsqueda para encontrar la información que necesitaban, el 60.0 % dijo buscarla en primer lugar en español y en segundo lugar en inglés y solo el 3.8 % buscan únicamente en el idioma inglés, en este sentido, González de Dios J y colaboradores<sup>100</sup> encontraron que al 80 % de los encuestados en su estudio les resultaba más fácil leer artículos en español que en inglés. Por último, se encontró que del total de los médicos, el 76.8 % considera

que el Hospital Civil de Tepic no proporciona recursos y servicios que satisfagan sus necesidades de información.

En lo que se refiere a las limitaciones de este estudio, se puede mencionar que por el hecho de que los entrevistadores aplicaran el cuestionario, estos pudieron haber recogido información selectiva, e inclusive algunos pudieron dar explicaciones adicionales en mayor parte que otros y por lo tanto influir en las respuestas. Durante la recogida de la información por los entrevistadores pudo ocurrir un sesgo por motivación, en donde los encuestadores, al no recibir una remuneración económica o simbólica, mostrarán una escasa motivación y por lo tanto provocarán la misma reacción al entrevistado, que pudo responder de cualquier manera.

También pudo haber sesgo del entrevistado, debido a que en algunas ocasiones el médico accedía a participar, pero a veces esto ocurría en escenarios en donde había presencia tanto de otros profesionales de la salud, así como de estudiantes o pacientes. Siguiendo con esto, pudo haber ocurrido que el médico accediera a participar por cortesía pero no por un interés genuino y por lo tanto responder solo aquello que se considera deseable o ideal, es decir, los médicos pudieron haberse sentido indispuestos a revelar lagunas de conocimiento y algunos otros pudieron haber dado respuestas para complacer al entrevistador, lo cual podría tener un impacto en la validez interna y externa del estudio.

## Capítulo 10

### CONCLUSIONES

Los recursos humanos en salud, son uno de los recursos más valiosos con los que cuentan los sistemas de salud, lo anterior se debe a que de ellos depende el éxito o fracaso en el logro de sus objetivos y, en los sistemas de salud tienen mayor relevancia porque de ellos depende la salud o la vida de la población. Ante esto, las nuevas tecnologías y los flujos de información tienen grandes ventajas para el desarrollo de los profesionales en salud, debido a que esta conjunción impacta directamente en la práctica clínica y la calidad asistencial.

La garantía de calidad de los medicamentos, su uso racional y el acceso a los mismos, constituyen un imperativo para asegurar la equidad y la eficacia de la prestación de los servicios de salud. El papel y el uso de los medicamentos se presentan de manera habitual a la sociedad de forma distorsionada, a causa de una gran asimetría en la información sobre medicamentos que surte efectos tanto en los profesionales de la salud como en la población en general, esto se ha podido observar cada vez más cuando la falta de acceso a medicamentos, las dosis inadecuadas y la polimedicación por parte del paciente tienen como consecuencia un alto índice de morbilidad y mortalidad en la población.

La práctica actual de la medicina implica costos altos por su mercantilización y su concepto mismo y es bien sabido que estos costos producen inequidades y, aunque la desigualdad ha existido siempre, es salvo particularidades gigantesca. El concepto que impera hoy en día sobre la medicina tiende a propiciar el incremento de los gastos por su enfoque curativo, es decir, una salud pública que se enfoca en el tratamiento de enfermedades y aunque el diagnóstico oportuno y el tratamiento son indispensables, cuando se habla de prevención secundaria, hay que hacer énfasis también en el conocimiento sólido de los determinantes sociales de la salud.

Los médicos constituyen una audiencia participativa, que debe emplear los medios de gestión y comunicación digitales para consolidarse en las nuevas transformaciones y retos que ha traído consigo el siglo XXI. Solo lograrán vencer dichas transformaciones y retos aquellos profesionales que sean capaces de

identificar cuáles son sus necesidades de información, a qué recursos pueden recurrir, dónde y cómo localizarla, cómo seleccionarla y apreciarla de forma crítica, organizarla, sistematizarla y comunicarla en forma responsable y ética, aunque por otra parte, se ha evidenciado tanto en anteriores investigaciones como en esta, que los profesionales de la salud se enfrentan a diversas barreras para utilizar estas herramientas, lo cual sugiere que los médicos están informados de manera deficiente y por ello se considera de suma relevancia que se continúe la lucha por integrar a los profesionales farmacéuticos en el equipo multidisciplinario de salud, ya que son ellos los actores ideales en lo que se refiere a proveer información sobre medicamentos.

Durante las últimas décadas, el papel del farmacéutico ha cambiado de ser un elaborador y dispensador al de gestor de la farmacoterapia, este cambio implica el tener la responsabilidad de asegurarse que dondequiera que se proporcionen y utilicen los medicamentos, se seleccionen, adquieran, almacenen, distribuyan, dispensen y administren productos efectivos y de calidad, de modo que contribuyan a la salud de los pacientes y no a su perjuicio.

Los alcances de la práctica del farmacéutico contienen el cuidado centralizado en el paciente junto con todas las funciones de asesoramiento, provisión de información sobre medicamentos y monitorización de la farmacoterapia, así como los aspectos técnicos de los servicios farmacéuticos, que por supuesto incluye la gestión de la provisión de medicamentos.

Aunque las barreras a las que se enfrentan los médicos para acceder a la información pueden ser atenuadas ofertando información sobre medicamentos de forma pasiva, es importante enfatizar que los cambios se tienen que dar desde las universidades, en donde a los médicos se les deberían ofrecer las herramientas mínimas e indispensables para que cumplan con las exigencias que trae consigo la sociedad de la información y el conocimiento. Es en la formación de pregrado donde las universidades deberían garantizar que sus estudiantes adquieran las competencias para aprovechar eficazmente los recursos disponibles de información y transformarla en nuevo conocimiento.

Las competencias adquiridas durante la formación idealmente deberían fomentar que el estudiante se mantenga actualizado no solo durante su preparación, sino para toda la vida, lo cual constituye un imperativo legal, ético y deontológico, ya que no es válido actuar o tomar decisiones por terceros sin toda la evidencia disponible o pensar que con lo que se aprendió en el pregrado basta para practicar la profesión toda la vida.

Por su parte, como protagonistas activos del desarrollo y de aplicación de acciones innovadoras en las metodologías de gestión del conocimiento, las bibliotecas y en particular las circunscritas en el campo de la salud y los centros de información de medicamentos tienen la responsabilidad de llevar a cabo trabajos investigativos para identificar las necesidades de información que tienen los profesionales en su entorno, lo cual no siempre es así, y en contextos como en del Hospital Civil de Tepic, se deja esta al margen esta labor debido a que no se dispone de unidades especializadas de información sobre medicamentos.

idealmente, en esta fase las unidades de información deberían comprender los mecanismos a través de los cuales surgen las necesidades de información en los usuarios, lo cual permitirá al profesional especializado en la información sobre medicamentos y salud pública responder con los documentos que sean capaces de satisfacer a los usuarios. Al quedar identificadas las necesidades de información, los datos derivados de la investigación serán de utilidad para el desarrollo de las colecciones documentales, el diseño de servicios de información y la atención adecuada del usuario.

Lo anterior es un punto de partida esencial para la correcta planificación y mejora de los servicios de información en el área de la salud. En México, ante la búsqueda bibliográfica en el periodo de la construcción de esta investigación no se encontraron estudios sobre las necesidades de información en el ámbito de la salud y en concreto que estuvieran dirigidos hacia la comunidad médica.

Ante este vacío en el conocimiento, el presente estudio y sus resultados pueden servir de antecedente y parteaguas en el momento del diseño y adecuación de los diferentes sistemas informacionales en el área de la salud, que serán de apoyo para

paliar las barreras que impiden a los profesionales acceder a información técnico científica y así mismo, será de apoyo para subsanar la asimetría de información a la que se enfrentan los profesionales médicos y la población en general.

Por otra parte, este estudio aporta un componente muchas veces olvidado, la salud pública, esto debido a que la mayoría de los estudios encontrados se limitan a identificar las necesidades de información sobre medicamentos y las fuentes a las que los profesionales acuden a satisfacer sus necesidades. Es relevante mencionar lo anterior debido a que algunos de los entrevistados son profesionales médicos que realizan actividades asistenciales, y que fungen también como tomadores de decisiones no tan solo a nivel individual, sino también a un nivel en el que sus disposiciones, basadas en evidencias científicas pueden innovar y potenciar los beneficios a nivel local y global, y por consiguiente fortalecer el sistema de salud y mejorar la salud de la población.

De la misma forma, este estudio integró las dimensiones que conforman el fenómeno de las necesidades de información, es decir, no tan solo se identificaron las necesidades de información sino también el comportamiento informativo y la satisfacción de la comunidad médica frente a los flujos de información, los cuales muchas veces son ignorados al momento de realizar este tipo de estudios y lo cual se denota cuando la mayoría de los trabajos realizados en este ámbito dejan al margen las dimensiones antes descritas, así también se aprecia en la variabilidad de los diseños y sus respectivos resultados.

Este trabajo constituyó un esfuerzo para identificar las necesidades de información sobre medicamentos y salud pública de los médicos del Hospital Civil de Tepic, Nayarit "Dr. Antonio González Guevara". De la misma forma se pudieron identificar aquellas fuentes de información a las cuales los médicos acuden y por último el nivel de satisfacción que perciben frente a los flujos de información. A decir de los resultados de esta investigación, es posible señalar que los objetivos planteados se cumplieron en su totalidad.

En el estudio se pudo constatar que los médicos que laboran en el Hospital Civil de Tepic, Nayarit, necesitan información básica sobre medicamentos y salud pública y

la fuente más utilizada para buscar es en revistas médicas, lo cual, a decir de otras investigaciones no ha cambiado mucho en años, al igual, los médicos tienen acceso otras fuentes de información como son las guías de la práctica clínica e Internet.

El hecho de que los médicos incluidos en este estudio reconozcan que tienen necesidades reales de información y que la institución en la que laboran no les provea de servicios y recursos, como es el caso de unidades de información, acceso a Internet, a computadoras, así como a intervenciones educativas que fomenten la educación continuada en materia de información sobre medicamentos que son útiles para paliar los retos a los que se enfrentan los profesionales médicos al momento de usar estas herramientas, es un llamado para desarrollar de forma imperativa estrategias e intervenciones, como es el caso de los centros de información de medicamentos que funjan de alguna forma como guía para tomar decisiones basadas en información técnico científica, fidedigna, actualizada, evaluada e independiente, lo cual inminentemente se traducirá en el mejoramiento de la salud de la población y en el fortalecimiento del sistema de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson TD. Recent trends in user studies: action research and qualitative methods. *Inf Res [Internet]*. 2000;5(3):1-19. Disponible en: [http://bogliolo.eci.ufmg.br/downloads/WILSON Information Research.pdf](http://bogliolo.eci.ufmg.br/downloads/WILSON%20Information%20Research.pdf)
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL, editor. Santiago: Naciones Unidas; 2003. 104 p. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/2354-los-caminos-hacia-una-sociedad-de-la-informacion-en-america-latina-y-el-caribe>
3. Garduño Vera R. Sociedad de la información en México frente al uso de Internet. *Rev Digit Univ [Internet]*. 2004;5(8):2-13. Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.5/num8/art50/sep\\_art50.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.5/num8/art50/sep_art50.pdf)
4. Estudillo García J. Surgimiento de la sociedad de la información. *Bibl Univ Nueva Época [Internet]*. 2001;4(2):77-86. Disponible en: [http://www.dgbiblio.unam.mx/servicios/dgb/publicdgb/bole/fulltext/volIV22001/pgs\\_77-86.pdf](http://www.dgbiblio.unam.mx/servicios/dgb/publicdgb/bole/fulltext/volIV22001/pgs_77-86.pdf)
5. Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Vol. 1 La sociedad red. 2da ed. Alianza Editorial, editor. Madrid; 2000. 592 p.
6. Ministerio de Ciencia y Tecnología. La sociedad de la información en el siglo XXI: un requisito para el desarrollo. Buenas prácticas y lecciones aprendidas [Internet]. 1era ed. Ministerio de Ciencia y Tecnología, editor. Sevilla; 2003. 298 p. Disponible en: <https://www.itu.int/net/wsis/stocktaking/docs/activities/1103547250/sociedad-informacion-sigloxxi-es.pdf>
7. Blázquez Entonado F. Sociedad de la información y educación [Internet]. 1era ed. Consejería de Educación Ciencia y Tecnología, editor. Extremadura: CECT; 2001. Disponible en: <http://www.ub.edu/prometheus21/articulos/obsciberprome/blanquez.pdf>
8. Castells M. La dimensión cultural de internet. *Andalucía Educ [Internet]*.

2003;36(1):7-10. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/3ccdeda0-48ba-4cbf-86db-3ce6e36e746b>

9. Guinchat C, Menou M. Introducción general a las ciencias y técnicas de la información y de la documentación [Internet]. 1era ed. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, editor. Montevideo: Unesco; 1981. 479 p. Disponible en:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001842/184243so.pdf>
10. Córdoba S. Los métodos cualitativos en los estudios de usuarios: una revisión bibliográfica. Rev Iberoam sobre Usuarios Inf [Internet]. 1998;1(1):1-13. Disponible en:  
<http://lemi.uc3m.es/est/forinf@/index.php/Forinfa/article/viewFile/12/13>
11. Ruiz López G. Necesidades de información de pacientes psiquiátricos en el Hospital "Dr. Héctor Tovar Acosta" del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2011. Disponible en:  
<http://132.248.9.195/ptd2012/febrero/0677630/Index.html>
12. Santos Rosas A, Calva González JJ. Identificación de las necesidades de información del usuario: un estudio. Doc las Ciencias la Inf [Internet]. 1997;20(1):207-23. Disponible en:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/view/DCIN9797110207A/19820>
13. Hernández Salazar P. Seminario latinoamericano sobre formación de usuarios de la información y los estudios de usuarios [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 1997. 85 p. Disponible en:  
[http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/16879/Seminario Latinoamericano sobre formación de usuarios de la información y los estudios de usuarios \(1\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/16879/Seminario%20Latinoamericano%20sobre%20formaci%C3%B3n%20de%20usuarios%20de%20la%20informaci%C3%B3n%20y%20los%20estudios%20de%20usuarios%20(1).pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Morejón Bravo Y, Guerra Pérez M, Bouza López Y. Los usuarios de la información. Un estudio de sus necesidades en el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana. Ciencias la Inf [Internet].

2008;39(3):34–48. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1814/181421564004.pdf>

15. Calva González JJ. Investigaciones sobre las necesidades de información, el comportamiento informativo y la satisfacción en diferentes comunidades: proyectos, avances y resultados [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2011. 293 p. Disponible en: [http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/investigaciones\\_necesidades\\_informacion.pdf](http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/investigaciones_necesidades_informacion.pdf)
16. Calva González JJ. Una aproximación a lo que son las necesidades de información. *Investig Bibl* [Internet]. 1991;5(11):33–8. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ibi/article/view/3802/3355>
17. Elizalde Hevia A, Martí Villar M, Martínez Salva FA. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *Rev la Univ Boliv* [Internet]. 2006;5(15):1–17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30517306006>
18. Calva González JJ. Necesidades de información y comportamiento en la búsqueda de información de los adolescentes [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2010. 252 p. Disponible en: <http://www.inpahu.edu.co/biblioteca/imagenes/libros/Busqueda.pdf>
19. Huotari M-L, Wilson TD. Determining organizational information needs: the Critical Success Factors approach. *Inf Res* [Internet]. 2001;6(3):1–20. Disponible en: <http://www.informationr.net/ir/6-3/paper108.html>
20. Davies K. Information needs and barriers to accessing electronic information: hospital-based physicians compared to primary care physicians. *J Hosp Librariansh*. 2011;11(1):249–60.
21. Santiago Pacheco LE. Necesidades y comportamiento informativo en usuarios externos de una biblioteca universitaria. *Hemera* [Internet]. 2003;1(1):11–36. Disponible en: <http://infocuib.laborales.unam.mx/~mt10s01f/rubros/santiagonece305.pdf>

22. Calva González JJ. Las necesidades de información: fundamentos teóricos y métodos [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2004. 274 p. Disponible en: [http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/necesidades\\_informacion\\_fundamentos.pdf](http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/necesidades_informacion_fundamentos.pdf)
23. Heilman J. Open access to a high-quality, impartial, point-of-care medical summary would save lives: why does it not exist? PLOS Med [Internet]. 2015;12(8):1–8. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001868&type=printable>
24. Naeem S Bin, Bharri R. Clinical information needs and access in primary health care : a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. Health Info Libr J. 2015;32(1):287–99.
25. Fernández Valdés M de las M, Núñez Paula IA. Metodología para el estudio de las necesidades de información, conocimiento y aprendizaje en las bibliotecas y centros de documentación de salud. Acimed [Internet]. 2007;15(4):1–15. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15\\_04\\_07/aci04407.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_04_07/aci04407.htm)
26. Kostagiolas P, Gorezis P, Martzoukou K, Delligeorgis D, Niakas D. Linking physicians' medical practice information needs, resources and barriers to job satisfaction. J Doc. 2016;72(6):1134–53.
27. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Atención familiar y salud comunitaria. El Sevier; 2011. 455 p.
28. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev Chil Infectología [Internet]. 2014;31(6):705–18. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n6/art11.pdf>
29. Hinojosa Álvarez M del C. Medicina basada en la evidencia: un nuevo reto al profesional de la información en salud. ACIMED [Internet]. 2001;9(1):5–11.

Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9\\_1\\_01/aci011001.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9_1_01/aci011001.pdf)

30. Lifshitz A. La nueva clínica. 1a ed. Intersistemas, editor. México D.F.: Intersistemas; 2014. 178 p.
31. Sánchez López MC, Madrigal de Torres M, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Aguinaga Ontoso E. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en evidencia? Atención Primaria [Internet]. 2010;42(10):507–13. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709006477>
32. González González AI, Dawes M, Sánchez Mateos J, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Sanz Cuesta T, et al. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. Ann Fam Med [Internet]. 2007;5(4):345–53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934982/pdf/0050345.pdf>
33. Cairo Sáez G. Medicina basada en la evidencia y el médico necesario en el momento actual. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014;18(3):90–2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n3/mdc01314.pdf>
34. Emilio CM. Calidad de la atención médica: ¿Paciente o cliente? Rev Med Hered [Internet]. 2001;12(3):96–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3ce2.pdf>
35. Ríos Ortega J, Ramírez Velázquez CA. La bibliotecología y la documentación en el contexto de la internacionalización y el acceso abierto [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2013. 501 p. Disponible en: [http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/bibliotecologia\\_documentacion\\_internacionalizacion.pdf](http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/bibliotecologia_documentacion_internacionalizacion.pdf)
36. Mayer Pujadas MÁ, García Pareras L, Leis Machín Á. La Web 2.0 se presenta como una nueva plataforma de gestión de la información en medicina. Aten Primaria [Internet]. 2008;40(1):39–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13114324>

37. Calvo-Calvo MÁ. Calidad y características de los sitios web de los hospitales españoles de gran tamaño. *Rev Española Doc Científica* [Internet]. 2014;37(1):1–19. Disponible en: <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/viewFile/835/1069>
38. Jiménez Pernet J, García Gutiérrez JF, Bermúdez Tamayo C, Silva Castro MM, Tuney i Valls L. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41(7):360–6. Disponible en: [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/33353/1/JimenezPernet\\_InformacionMedicamentos.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/33353/1/JimenezPernet_InformacionMedicamentos.pdf)
39. Organización Mundial de la Salud. Iniciativas globales para fortalecer la información y bases de la evidencia sobre los recursos humanos para la salud [Internet]. Ginebra; 2008. Disponible en: [http://www.portal.pmnch.org/hrh/statistics/Spotlight\\_4\\_SP.pdf](http://www.portal.pmnch.org/hrh/statistics/Spotlight_4_SP.pdf)
40. Olarte J. ¿Cómo usar bases de datos? *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2014;21(6):359–63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-como-consultar-bases-datos-S0120563314001065?redirectNew=true>
41. Da Silva Alentejo E. Calidad de la información en salud: las perspectivas de la Biblioteca Virtual en Salud. En: Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, editor. *Bibliosalud 2011* [Internet]. 1era ed. Andalucía: Bibliosalud; 2011. p. 113–27. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11888088.pdf>
42. Del Pozo PP, Nápoles N, Riverón R. Estrategia para desarrollar capacidades en el uso de la información y el conocimiento en la Facultad de Medicina Veterinaria. *Rev Pedagógica Univ* [Internet]. 2010;15(5):1–12. Disponible en: <http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/view/551/550>
43. Chimenó Rabanillo S. La información en el ámbito sanitario [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 1992. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/3/S3010201.pdf>

44. González-González AI, Sánchez Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). *Atención Primaria* [Internet]. 2006;38(4):219–24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-las-necesidades-informacion-generadas-13092344>
45. Arango Díaz A. El médico y la enfermera de la familia como usuarios de la información técnico científica. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2000;16(2):209–15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n2/mgi18200.pdf>
46. García Hernández X, Lugones Botell M. Conocimiento y uso de bases de datos y software colaborativo en los profesionales del Hospital "Eusebio Hernández". *Acimed*. 2010;21(2):220–9.
47. García Jiménez E, Calle Poveda AG, Galvez Rosabal M. Bases de datos bibliográficas. Herramienta para la búsqueda de información. *Órbita Científica* [Internet]. 2016;22(2):133–9. Disponible en: <http://www.revistaorbita.rimed.cu/index.php/rOrb/article/view/58>
48. Calva González JJ. Los estudios de los usuarios 2.0: avances de investigación [Internet]. Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas y de la Información. 2016. p. 1–5. Disponible en: [http://iibi.unam.mx/publicaciones/269/bibliotecologia\\_documentacion\\_internacionalizacion\\_\\_Juan\\_Jose\\_Calva\\_Gonzalez.html](http://iibi.unam.mx/publicaciones/269/bibliotecologia_documentacion_internacionalizacion__Juan_Jose_Calva_Gonzalez.html)
49. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Estándares para Bibliotecas de Referencia Nacional de Ciencias de la Salud en Cuba [Internet]. La Habana; 2011. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/cpicmssp/files/2012/07/Estandares-Biblioteca-Ref-Nacional.pdf>
50. Da Costa Carballo CM, Clausó García A. Bibliotecas especializadas: la biblioteca médica. *Rev Gen Inf y Doc* [Internet]. 1992;2(1):71–83. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/viewFile/RGID9292120071A/11896>

51. Lorenzo Jiménez J. Las bibliotecas por dentro. 1era ed. Lorenzo Jiménez J, editor. Madrid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial; 2003. 155 p.
52. Rivera M de los Á, López Ruelas S. Redes bibliotecarias: espacios de bienes comunes. Memoria del XIII Coloquio Internacional de Bibliotecarios. 1era ed. Universidad de Guadalajara, editor. Guadalajara: UdG; 2007. 243 p.
53. Machado Rivero OM, Pinto Molina M, Bermúdez del Sol A, Alberto Manso R, Lorenzo Rodríguez M. Evaluación de los recursos de información en el Centro de Estudio, Documentación e Información de Medicamentos, Villa Clara. *Rev Cuba Farm* [Internet]. 2014;48(3):1-18. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol48\\_3\\_14/far11314.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol48_3_14/far11314.htm)
54. Media-Andrade A, Juárez-Olguin H, Calderón Guzmán D. Centro de información de medicamentos en pediatría. *Acta Pediátrica México* [Internet]. 2012;33(3):150-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123j.pdf>
55. López M, Tarigo J, Barboza L, Viroga S, Ramos C. Experiencia de trabajo del Centro de Información de Medicamentos del Departamento de Farmacología y Terapéutica, 2010-2013. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)* [Internet]. 2014;1(1):108-12. Disponible en: [http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/centro\\_de\\_informacion\\_del\\_medimento.pdf](http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/centro_de_informacion_del_medimento.pdf)
56. Organización Panamericana de la Salud. Centros de información de medicamentos: una estrategia de apoyo al uso racional de medicamentos [Internet]. 1era ed. Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Medicamentos Esenciales y Tecnología para la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, editores. Santo Domingo: OPS/PRMETS/OROMS; 1995. 23 p. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid)

=19597&Itemid=270

57. Carmona de la Morena J. Ética de la prescripción. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012;5(3):149–50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169626167001>
58. Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Med Clin [Internet]. 2001;116(8):299–306. Disponible en: [http://aulavirtual.farmacoterapia.sanidadmadrid.org/UPC\\_VirtualCampus/Contents/Actualizacion\\_pediatria2/cursos/02/pdf/etica.pdf](http://aulavirtual.farmacoterapia.sanidadmadrid.org/UPC_VirtualCampus/Contents/Actualizacion_pediatria2/cursos/02/pdf/etica.pdf)
59. Lubløy Á. Factors affecting the uptake of new medicines: a systematic literature review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014;14(469):1–25. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283087/pdf/12913\\_2014\\_Article\\_3560.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283087/pdf/12913_2014_Article_3560.pdf)
60. World Health Organization. Ethical criteria for medical drug promotion [Internet]. 1st ed. Geneva; 1988. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/whozip08e/whozip08e.pdf>
61. Moya Bernal A. Ética de la prescripción. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet]. 2011;35(1):57–63. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol35\\_\\_2\\_Etica.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35__2_Etica.pdf)
62. Goodman R, Gray A, Hoffman J, Lexchin J, Mangin L, Mansfield P, et al. Comprender la promoción farmacéutica y responder a ella. Una guía práctica [Internet]. 1era ed. Marchand B, Vacca C, Cañás M, Gapuermed, editores. Nicaragua: OMS/AIS; 2005. 190 p. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Comprendiendo-promocion-farmaceutica.pdf>
63. Villaescusa González A, Pérez Velasco D. Aspectos éticos en la industria farmacéutica. Sintefarma [Internet]. 2001;7(1):1–6. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/sint/vol7\\_1\\_01/sint0301.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/sint/vol7_1_01/sint0301.htm)

64. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2000. p. 230. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)
65. Mokate K. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir? [Internet]. 1era ed. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, editores. 2002. 1-37 p. Disponible en: [http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover\\_2006\\_03\\_eficacia\\_eficiencia.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf)
66. Marracino C. Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad. Fund Avedis Donabedian [Internet]. :1-7. Disponible en: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/TendenciasAtMedCambiosConcepcionCalidad.pdf>
67. Gálvez González AM. Economía y salud en el camino hacia la eficiencia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2010;36(1):1-2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000100001&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000100001&script=sci_arttext&lng=pt)
68. Collazo Herrera M, Cárdenas Rodríguez J, González López R, Abreu RM, Gálvez González AM, Casulo JC. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002;12(5):359-65. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n5/14098.pdf>
69. Thielman K, Illnat Ferrer J. La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2012;38(2):278-85. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n2/spu11212.pdf>
70. Thielmann K, Illnat Ferrer J. Determinantes individuales y sociales de la salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2013;39(2):314-22. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/214/21430556011.pdf>

71. Gómez Córdoba AI, Latorre Santos C, Nel Carreño J. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Pers y Bioética* [Internet]. 2007;11(1):23–38. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v11n1/v11n1a03.pdf>
72. Zamarriego Izquierdo J. Relación entre el médico y la industria farmacéutica ¿Cómo debe ser? *Med Clin* [Internet]. 2008;130(8):298–9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-relacion-entre-el-medico-industria-13116577>
73. Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción [Internet]. 1era ed. OMS, editor. Ginebra: OMS/DAP; 1994. 114 p. Disponible en: <http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf>
74. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales [Internet]. Vol. 5, Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra; 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/>
75. Organización Mundial de la Salud. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud [Internet]. Ginebra; 1993. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59311/1/WHO\\_DAP\\_93.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59311/1/WHO_DAP_93.1_spa.pdf)
76. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos [Internet]. Ginebra; 1986. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21286es/s21286es.pdf>
77. Ramos Guerrero R. Evaluación comparada de efectividad y eficiencia de medicamentos y financiación selectiva: una necesidad en tiempos de crisis. *Farm Atención Primaria* [Internet]. 2012;10(3):55–6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmaceuticos-atencion-primaria-317-articulo-evaluacion-comparada-efectividad-eficiencia-medicamentos-S2172376112700596>
78. Gutiérrez ÁM, Mora EM. Los médicos y la industria farmacéutica. *Acta Neurol*

- Colomb [Internet]. 2004;20(2):62–71. Disponible en: [http://www.acnweb.org/acta/2004\\_20\\_2\\_62.pdf](http://www.acnweb.org/acta/2004_20_2_62.pdf)
79. Adeola Oshikoya K, Oregaba I, Olayinka A. Sources of drug information and their influence on the prescribing behaviour of doctors in a teaching hospital in Idaban, Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2011;9(13):1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215535/pdf/PAMJ-09-13.pdf>
80. Gálvez González AM, García Fariñas A, Portuondo Sánchez C, Lara Bastanzuri C, Collazo Herrera M. Evaluación económica en salud y toma de decisiones en el contexto sanitario cubano. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2012;38(2):253–62. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n2/spu08212.pdf>
81. Amat Díaz M, Poveda Andrés JL, Carrera Hueso FJ. Aplicación de la farmacoeconomía en la gestión clínica. *Farm Hosp* [Internet]. 2011;35(Supl 2):18–24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-aplicacion-farmacoeconomia-gestion-clinica-S1130634311700186>
82. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Propuesta regional para la implementación de una estrategia nacional de uso racional de medicamentos [Internet]. Washington D.C.; 2011. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22291es/s22291es.pdf>
83. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La toma de decisiones médicas como la habilidad profesional esencial en la carrera de medicina. *Medisur* [Internet]. 2010;8(1):42–5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a655.pdf>
84. Broche-Pérez Y, Herrera Jiménez LF, Omar-Martínez E. Bases neurales de la toma de decisiones. *Neurología* [Internet]. 2016;31(5):319–25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485315000523>
85. Cediél-Becerra NM, Krause G. Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. *Rev*

- salud pública [Internet]. 2013;15(5):694–706. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a06.pdf>
86. Bravo Toledo R. Información sobre medicamentos en Internet: necesaria y mejorable. *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41(7):367–70. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-informacion-sobre-medicamentos-internet-necesaria-S0212656709003096>
87. Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med*. 2000;109(1):218–23.
88. Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud. Gestión de la información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud [Internet]. 1era ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washington: OPS; 2014. Disponible en: [http://www.cudi.edu.mx/boletin/2014/09\\_eSalud\\_OPS.pdf](http://www.cudi.edu.mx/boletin/2014/09_eSalud_OPS.pdf)
89. Yeras García G, Yeras Garcia MG, Diaz Velis E. ¿Qué y quienes publican en la revista Edumecentro? *Edumecentro* [Internet]. 2012;4(3):147–63. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v4n3/edu16312.pdf>
90. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud: fortalecimiento de los sistemas sanitarios [Internet]. 1era ed. Organización Mundial de la Salud, editor. Ginebra: OMS; 2004. 38 p. Disponible en: [http://www.who.int/rpc/meetings/WR2004\\_spanish\\_report\\_summary.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/WR2004_spanish_report_summary.pdf)
91. Calva González JJ. Estudios de usuarios en diferentes comunidades: necesidades de información y comportamiento informativo [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2013. 156 p. Disponible en: [http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/estudios\\_de\\_usuarios\\_diferentes\\_comunidades.pdf](http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/estudios_de_usuarios_diferentes_comunidades.pdf)
92. Martín Moreno C. Metodología de investigación en estudios de usuarios. *Rev Gen Inf y Doc* [Internet]. 2007;17(2):129–49. Disponible en:

<https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/viewFile/RGID0707220129A9407>

93. Hernández Salazar P. Métodos cualitativos para estudiar los usuarios de la información [Internet]. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2008. 209 p. Disponible en: <http://www.bibliopos.es/metodos-cualitativos-para-estudiar-a-los-usuarios-de-la-informacion/>
94. Villaseñor Rodríguez I. Publicaciones españolas para la fundamentación de un marco teórico sobre los estudios de usuarios de información. *Investig Bibli* [Internet]. 2014;28(63):223–57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ib/v28n63/v28n63a9.pdf>
95. Ocheibi JA, Buba A. Information needs and information gathering behaviour of medical doctors in maiduguri, Nigeria. *J Educ Media Libr Sci* [Internet]. 2003;40(4):417–27. Disponible en: <http://joemts.dils.tku.edu.tw/fulltext/40/40-4/417-427.pdf>
96. Calva González JJ. Mesa redonda. El fenómeno de las necesidades de información en diversas comunidades. 1era ed. Universidad Nacional Autónoma de México, editor. D.F.: UNAM; 2007. 133 p.
97. Bermello Navarrete R, Quintero Soca CM, Kessel Sardiñas I. Conocimientos y necesidades de información de los médicos de familia. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2000;16(5):513–6. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_5\\_00/mgi16500.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi16500.htm)
98. Gallardo Pérez U de J, Pérez Piñero J, Fariñas Reinoso A. Necesidades sentidas de información en epidemiología, de médicos y enfermeras de la familia. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2002;28(3):2–7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300003)
99. Loza García MI, Cordero Puentes L, Fernández-Llimós Somoza F, García Corral P, Cadavid Torres MI, Sanz i Carreras F, et al. Fuentes de información.

sobre medicamentos utilizadas por los farmacéuticos comunitarios de Galicia. *Pharm Care España* [Internet]. 2000;2(1):108–22. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0019.PDF>

100. González de Dios J, Flores Canoura Á, Jiménez Villa J, Guitierrez Fuentes JA. Qué revistas médicas españolas leen y cómo se informan los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2011;43(12):629–37. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-que-revistas-medicas-espanolas-leen-S0212656711000576?redirectNew=true>
101. Louro González A, Fernández Obanza E, Fernández López E, Vázquez Millán P, Villegas González L, Casariego Vales E. Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2009;41(11):592–7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-las-dudas-los-medicos-S0212656709003151>
102. Kostagiolas PA, Bairaktaris KD, Niakas D. An information behaviour investigation of the community pharmacists in Greece for developing library and information services. *Health Info Libr J* [Internet]. 2009;27(1):46–56. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2009.00846.x/abstract>
103. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. *BMC Public Health* [Internet]. 2007;7(122):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913508/pdf/1471-2458-7-122.pdf>
104. Shabi IN, Shabi OM, Akewukereke MA, Udofia EP. Physicians utilisation of internet medical databases at the tertiary health institutions in Osun State, South West, Nigeria. *Health Info Libr J* [Internet]. 2011;28(1):313–20. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2011.00962.x/abstract;jsessionid=F836B208182C845695A89C3E64958A7D.f01t02>
105. Nwafor-Orizu OE, Onwudinjo OTU. Availability and use of health information

- resources by doctors in teaching hospitals in South East Nigeria. *Inf Knowl Manag* [Internet]. 2015;5(9):102–9. Disponible en: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/IKM/article/view/25598/26053>
106. Muinga N, Sen B, Ayieko P, Todd J, English M. Access to and value of information to support good practice for staff in Kenyan hospitals. *Glob Health Action* [Internet]. 2015;1(14):1–8. Disponible en: [http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/26559/pdf\\_84](http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/26559/pdf_84)
107. Templeman K, Robinson A, McKenna L. Resourcing the clinical complementary medicine information needs of Australian medical students: results of a grounded theory study. *Nurs Heal Sci*. 2016;1(1):2–7.
108. Raj S, Lakshmi Sharma V, Singh A. The health information seeking behaviour and needs of community health workers in Chandigarh in Northern India. *Health Info Libr J* [Internet]. 2015;32(1):143–9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/276072823\\_The\\_health\\_information\\_seeking\\_behaviour\\_and\\_needs\\_of\\_community\\_health\\_workers\\_in\\_Chandigarh\\_in\\_Northern\\_India](https://www.researchgate.net/publication/276072823_The_health_information_seeking_behaviour_and_needs_of_community_health_workers_in_Chandigarh_in_Northern_India)
109. Ciarlo G, Liebl Mag P, Zell J, Fresser J, Koester MJ, Ruetters D, et al. Information needs of oncologists, general practitioners and other professionals caring for patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(6):1–9.
110. Rahmner PB, Eiermann B, Korkmaz S, Gustafsson LL, Gruvén M, Maxwell S, et al. Physicians' reported needs of drug information at point of care in Sweden. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2011;73(1):115–26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248261/pdf/bcp0073-0115.pdf>
111. D. Haug J. Physicians' preferences for information sources: a meta-analytic study. *Bull Med Libr Assoc* [Internet]. 1999;85(3):223–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC226263/pdf/mlab00096-0013.pdf>
112. H. Coumou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers

- to clinical questions? A literature review. *J Med Libr Assoc* [Internet]. 2006;94(1):55–60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1324772/pdf/i0025-7338-094-01-0055.pdf>
113. Dawes M, Uchechukwu S. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inform* [Internet]. 2003;71(1):9–15. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/10621388\\_Knowledge\\_management\\_in\\_clinical\\_practice\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_information\\_seeking\\_behavior\\_in\\_physicians](https://www.researchgate.net/publication/10621388_Knowledge_management_in_clinical_practice_A_systematic_review_of_information_seeking_behavior_in_physicians)
114. Pakenham Walsh N, Bukachi F. Information needs of health care workers in developing countries: a literature review with a focus on Africa. *Hum Resour Health* [Internet]. 2009;7(1):1–13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680393/pdf/1478-4491-7-30.pdf>
115. Clarke MA, Belden JL, Koopman RJ, Steege LM, Moore JL, Canfield SM, et al. Diagnoses, drugs, and treatment are the main information needs of primary care physicians and nurses, and the Internet is the information source most commonly used to meet these needs. *Evid Based Libr an Inf Pract* [Internet]. 2014;9(3):107–9. Disponible en: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/article/view/22087>
116. Organización Mundial de la Salud. *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional* [Internet]. 2da ed. Organización Mundial de la Salud, editor. Ginebra: OMS; 2002. 75 p. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5410s/s5410s.pdf>
117. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyana-Escobar M de la L, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex*. 1998;40(1):1–8.
118. Organización Mundial de la Salud, Universidad de Amsterdam. *Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores* [Internet].

- Suiza; 2004. Disponible en:  
<http://www.who.int/medicines/publications/WHOEDMPAR2004.2spa.pdf>
119. Organización Mundial de la Salud. La farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6166s/s6166s.pdf>
120. Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional Farmacéutica. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente [Internet]. 2006a ed. Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional Farmacéutica, editores. Ginebra: OMS/FIF; 2006. 106 p. Disponible en:  
<https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>
121. Organización Mundial de la Salud. La contención de la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Ginebra; 2005. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7922s/s7922s.pdf>
122. Organización Mundial de la Salud. Por una reglamentación farmacéutica eficaz como garantía de seguridad, eficacia y calidad [Internet]. Ginebra; 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4961s/s4961s.pdf>
123. Holloway K, Van Dijk L. The World Medicines Situation 2011. Rational use of medicines [Internet]. 3a ed. World Health Organization, editor. Geneva: WHO; 2011. 22 p. Disponible en:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18064en/s18064en.pdf>
124. Cañeta MG. La alfabetización informacional: tecnologías de la información y las comunicaciones en las bibliotecas de salud. Temas Actuales en Bibli [Internet]. 2013;1(1):1-7. Disponible en:  
[http://www.centromedicomdp.org.ar/media/49571/cañete\\_maria\\_graciela\\_1.pdf](http://www.centromedicomdp.org.ar/media/49571/cañete_maria_graciela_1.pdf)
125. Organización Panamericana de la Salud. Un futuro documentado en salud. 20 años de la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud [Internet].

- 1era ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Buenos Aires: OPS; 2006. 44 p. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras/pub/renics.pdf>
126. Kapadia Kundu N, Sullivan TM, Safi B, Trivedi G, Velu S. Understanding health information needs and gaps in the health care system in Uttar Pradesh, India. *Journal Heal Commun Int Perspect*. 17d. C.;2(2012):30–45.
127. Pakenham Walsh N. Commentary towards a collective understanding of the information needs of health care providers in low-income countries, and how to meet them. *J Health Commun*. 2012;9–17.
128. Sullivan TM, Harlan S V, Pakenham Walsh N, Ouma S. Working together to meet the information needs of health care providers, program managers, and policy makers in low -and middle- income countries. *J Health Commun* [Internet]. 2012;17(1):5–8. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10810730.2012.666629?needAccess=true>
129. Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. *Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible*. 2015 [citado el 1 de diciembre de 2016]. p. 7. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
130. Zerda Á, Velásquez G, Tobar F, Vargas JE. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala [Internet]. 1a ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washington D.C.: OPS; 2001. 99 p. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/p/printable.html>
131. OECD. *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. 1a ed. OECD, editor. Paris: OECD; 2016. 176 p.
132. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia sobre medicamentos de la OMS*:

- 2000–2003 [Internet]. Ginebra; 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2979s/h2979s.pdf>
133. Van Den Ham R, Bero L, Laing R. The World Medicines Situation. Selection of essential medicines [Internet]. 3a ed. World Health Organization, editor. Geneva: WHO; 2011. 18 p. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18770en/s18770en.pdf>
134. Organización Mundial de la Salud. Selección de medicamentos esenciales [Internet]. Ginebra; 2002. (Selección de medicamentos esenciales). Report No.: 4. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>
135. Organización Mundial de la Salud. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>
136. V. Hogerzeil H, Mirza Z. The World Medicines Situation 2011. Access to essential medicines as part of the right to health [Internet]. 3a ed. World Health Organization, editor. Geneva: WHO; 2011. 14 p. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>
137. Wirtz VJ, Dreser A, Heredia-Pi I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2013;55(3):329–36. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002824](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002824)
138. Kanavos P, Das P, Durairaj V, Laing R, Olawale Abegunde D. Options for financing and optimizing medicines in resource-poor countries [Internet]. Geneva; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/34Medicinesrev.pdf>
139. K. Wagner A, Johnson Graves A, K. Reiss S, LeCates R, Zhang F, Ross-Degnan D. Acces to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. Health Policy (New

- York) [Internet]. 2011;100:151–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.004>
140. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Manual de farmacia de atención primaria [Internet]. 1era ed. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, editor. Madrid: SEFAP; 850 p. Disponible en: [http://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/SEFAP\\_Manual\\_complet.pdf](http://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf)
141. Organización Mundial de la Salud. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Perspect políticas la OMS sobre Medicam [Internet]. 2003;6:1–6. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4871s/s4871s.pdf>
142. Sánchez Sánchez JA, Pérez Irazusta I, Etxeberria A, Rivas MD, Montañó A, Villegas R, et al. Declaración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el acceso a las fuentes de información científica para el médico de familia. Atención Primaria [Internet]. 2011;43(10):511–2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/n-revista-atencion-primaria-27-articulo-declaracion-sociedad-espanola-medicina-familiar-S0212656711003829?redirectNew=true>
143. Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Declaración de Washington D.C. Hacia el fortalecimiento de la información y del conocimiento [Internet]. Washington; 2012. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/imagenes/Boletines/OPS/Declaracion\\_CRICS9\\_2012.pdf](http://www.ops.org.bo/imagenes/Boletines/OPS/Declaracion_CRICS9_2012.pdf)
144. Management Sciences for Health. La gestión del suministro de medicamentos. Selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos. [Internet]. 2da ed. Quick JD, Rankin JR, Laing RO, O'Connor RW, Hogerzeil H V., Dukes MNG, et al., editores. Boston: Organización Panamericana de la Salud; 2002. 947 p. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19607en/s19607en.pdf>
145. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.

Estrategia y plan de acción sobre eSalud. En: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, editor. CD51/13 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2011. Disponible en: [http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54:estrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&Itemid=146&lang=es](http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54:estrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&Itemid=146&lang=es)

146. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA, editor. México: McGRAW-HILL; 2014. 589 p.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Autorización del protocolo de investigación**

Anexo 1. Autorización del protocolo de investigación



Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara"  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

No. de Oficio: 3051

Asunto: Autorización de Protocolo.

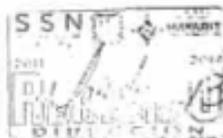
Tepic, Nayarit; 22 de Octubre de 2015.

C. LIC. ENFRÍA, JOSÉ SAMMY LÓPEZ GÓMEZ  
AUTOR DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN  
P R E S E N T E

Por medio del presente informo a usted que el Protocolo de Investigación titulado:  
"Necesidad de información de medicamentos, clínica y salud pública de los  
profesionales del Hospital Civil de Tepic Dr. Antonio González Guevara", ha sido  
APROBADO por el Comité Hospitalario de Biotética y Ética en Investigación del  
Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara"

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE



  
DRA. CECILIA HERNÁNDEZ ROMAN  
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Casa del Estado de Nayarit - Subsección Médica del Hospital Civil Tepic - Pósteros  
C. Enfría  
S. Enfría

*37/10/15*  
*Enfría*