



Alteridades

ISSN: 0188-7017

ISSN: 2448-850X

UAM, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades

Morán Pérez, Ana Victoria

Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de COVID-19: crisis y omisiones del sector salud

Alteridades, vol. 31, núm. 61, 2021, Enero-Junio, pp. 9-20

UAM, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74769759002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de COVID-19: crisis y omisiones del sector salud*

Pharmacy-adjacent doctor's office during COVID-19: Crisis and omissions by the healthcare sector

ANA VICTORIA MORÁN PÉREZ**

Abstract

The COVID-19 pandemic revealed the presence of the offices adjacent to private pharmacies (OAPP) as a core component of the Mexican health system. The aim of this text is to examine the role of OAPP during the health crisis, based on the social portrayal of the OAPP's doctors. Based on semi-structured interviews with physicians from pharmacies located in Mexico City, as well as a review of secondary sources, the article presents the responses to COVID-19 and the factors that influence the risk perception of this personnel. It is concluded that despite the omissions of the health sector to include such clinics in the official strategy, these are a fundamental piece in the attention to coronavirus, in which the OAPP's physicians have had the need to adjust their medical knowledge and practice to the new conditions.

Key words: health systems, coronavirus, health workers, medical practice, risk perception

Resumen

La pandemia por COVID-19 evidenció la presencia de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) como componente medular del sistema de salud mexicano. El objetivo del artículo es examinar el papel de los CAF durante la crisis sanitaria, a partir de conocer las representaciones sociales de su personal médico. Con base en entrevistas semiestructuradas a médicos que trabajan en consultorios de farmacia ubicados en la Ciudad de México, así como en una revisión de fuentes secundarias, se da cuenta de las respuestas para atender la COVID-19 y los factores que influyen en la percepción del riesgo de dicho personal. Se concluye que pese a las omisiones del sector salud para incluir tales consultorios en la estrategia oficial, éstos son pieza fundamental en la atención a la enfermedad causada por el coronavirus y que sus médicos han tenido la necesidad de readaptar sus conocimientos y práctica médica a las nuevas condiciones.

Palabras clave: sistemas de salud, coronavirus, personal médico, práctica médica, percepción del riesgo

* Artículo recibido el 02/10/20 y aceptado el 04/01/21.

** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur. Sierra Nevada 347, Loma Linda, 68024, Oaxaca de Juárez, Oaxaca <ana00.moran@gmail.com>.

Introducción

Son las tres de la tarde, hora en la que comienza el turno vespertino en el consultorio adyacente a farmacia ubicado en el interior de un supermercado de la alcaldía Benito Juárez. Éste es atendido por Alejandra, una joven doctora de 26 años que hace unos meses empezó a laborar en dicho lugar. Cuando llega al consultorio no hay usuarios sentados en alguna de las cuatro sillas instaladas como sala de espera. Esto no le genera extrañeza, pues, como ella comenta, “éste no es un consultorio de mucha consulta, y con la pandemia bajó más”.

Con el cubrebocas como único equipo de protección inicia una jornada de trabajo que concluye a las ocho y media de la noche. Aunque no baja la guardia, la tranquiliza que desde el inicio de la pandemia no ha atendido casos confirmados de COVID-19 –pero sí varios sospechosos–, lo cual atribuye a las características de la zona, una colonia tradicional de clase media: “aquí la gente con síntomas de COVID no viene a atenderse acá, sino que se va al hospital o busca médicos particulares”.

Sin embargo, esta situación no transcurre igual en todos los consultorios. Al poniente de la ciudad, en un consultorio de farmacia ubicado en una colonia popular de la alcaldía Álvaro Obregón, trabaja Adriana, médica que lleva dieciséis años en esa empresa. A diferencia de Alejandra, esta doctora asegura que los casos de COVID-19 se han convertido en otra más de las causas de consulta que ve todos los días, por lo que estima haber atendido más de 50 casos confirmados entre marzo y julio. Una situación parecida es la de Eugenia, quien –desde su consultorio en la alcaldía Magdalena Contreras– calcula que alrededor de 15 por ciento de los pacientes atendidos diariamente son casos sospechosos.

Los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) son un servicio de salud privado que brinda consulta ambulatoria a bajo costo, y se caracteriza por estar vinculado a una farmacia. A la llegada del coronavirus a México su cotidianidad se vio transformada, obligando a su personal médico a modificar las condiciones en las que brinda consulta, en aras de atender a los pacientes con síntomas de COVID-19 que acuden a ellos antes que a otros servicios de salud.

La introducción del modelo neoliberal en los ochenta promovió la implementación de políticas sanitarias cuya finalidad estriba en la reducción de gastos y la

privatización de los servicios. En México, este modelo propició una mayor desigualdad en el acceso a los servicios de salud y un decremento en su calidad y eficiencia (Homedes y Ugalde, 2005: 217),¹ y produjo un incremento de la población sin seguridad social, así como un robustecimiento del sector privado.

La inviabilidad del Estado para atender las demandas de salud de la población dio lugar a que nuevos actores se involucraran en esa tarea. Así, en 1997, la asociación civil Fundación Best, perteneciente al corporativo Grupo Por un País Mejor, encontró un inigualable nicho de oportunidad para entrar al mercado de la salud e instaló el primer consultorio anexo a farmacia. Su iniciativa dio lugar a que otras farmacias imitaran este modelo, por lo que 23 años después se encuentran en operación 17 000 consultorios de farmacia en todo el país.

La emergencia sanitaria causada por el SARS-CoV-2 desveló las precarias condiciones del sistema de salud mexicano, así como la trascendencia de este recurso de atención privado que atiende 35 por ciento de las consultas generales anuales (estimación propia con base en datos de INEGI, 2016; Secretaría de Salud 2015a; Cruz, 2018). Por lo tanto, no es descabellado imaginarse que los CAF son un significativo frente de batalla a la COVID-19, por ser un servicio de salud accesible, por la preferencia de amplios sectores hacia éstos, o por la saturación de las instituciones públicas.

Los datos oficiales estiman que entre los meses de febrero y junio de 2020 fueron referidos a los centros hospitalarios un total de 36 000 pacientes con síntomas de COVID-19 (Vitela, 2020), cifra que –como más adelante se sugiere– puede ser mucho mayor. Paradójicamente, la atención que los CAF y sus médicos han recibido por parte del sector salud ha sido mínima, si no es que nula, como se argumentará en este trabajo.

El objetivo del artículo es describir y analizar las representaciones sociales del personal médico que trabaja en consultorios de farmacias ubicados en cuatro alcaldías de la Ciudad de México en torno al papel que este recurso de atención ha tenido durante la pandemia. A partir de conocer la perspectiva de los médicos, se presentan las diversas respuestas en la atención a la COVID-19 y los factores que influyen en la percepción del riesgo. Asimismo, con base en una revisión de fuentes secundarias, que dan cuenta de la posición de las autoridades sanitarias, se expone una reflexión sobre la limitada incorporación de tales consultorios a la estrategia oficial.

¹ Esto genera afectaciones mayores en el primer nivel de atención, el cual enfrenta carencias en su infraestructura y equipamiento, sobredemanda y saturación, desabasto de medicamentos y condiciones laborales precarias del personal sanitario, por mencionar algunas dificultades (Durán Arenas *et al.*, 2012: 553-554).

Pragmatismo y percepción del riesgo

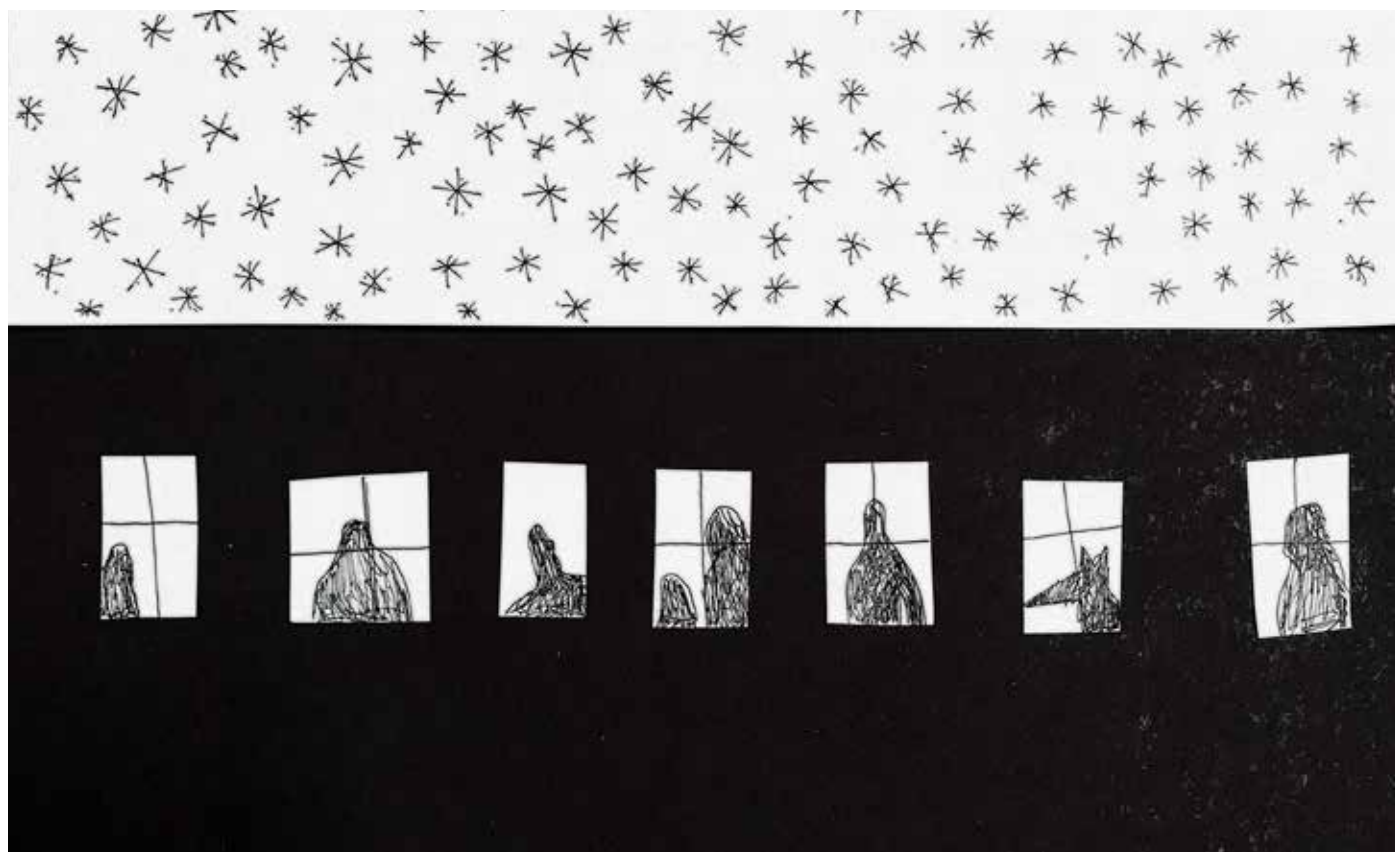
Para analizar el papel de los CAF en esta emergencia sanitaria es preciso hacer referencia a algunos aspectos contenidos en las representaciones del personal médico, entre los cuales están los procesos de adquisición de habilidades y conocimientos técnicos sobre el SARS-CoV-2 y su instrumentación de forma pragmática; la adecuación de dichos conocimientos a las necesidades del contexto donde trabajan, y la percepción del riesgo.

La práctica médica es entendida como la actividad basada en las habilidades y conocimientos técnico-científicos de los profesionales médicos, así como en las características personales de quienes la ejercen y en las condiciones institucionales en las que ocurre (Menéndez y Di Pardo, 1996: 15). Justamente, la pandemia obligó a que los profesionales de la salud reconfiguraran ciertos aspectos de su práctica médica, ya sea para trabajar con más seguridad o para brindar diagnósticos y tratamientos certeros. Es así que todos tuvieron que apropiarse de nuevos conocimientos técnicos sobre los procesos fisiopatológicos, etiológicos y posológicos del virus, lo que evidencia la capacidad de transformación y permanencia de las prácticas y

saberes médicos, constitutivos de la identidad profesional del personal médico (Picaroni Sobrado, 2017: 29).

Esta posibilidad de transformación del saber médico está vinculada a un rasgo inherente del acto médico: el pragmatismo (Menéndez, 2005). La actual situación acentúa el pragmatismo del acto médico, mismo que, si bien está sustentado en una racionalidad técnica sobre los protocolos de atención a la COVID-19, también se basa en la sabiduría práctica propia de la profesión, así como en la “experiencia adquirida por cada cual y por el conjunto de los médicos sobre casos semejantes y sin fundamento científico para la acción” (Nishijima y Blima, 2016: 16). Aunque los saberes médicos sobre el coronavirus son producto de conocimientos científicos, lo anterior resulta pertinente para comprender cómo también están sujetos a la adecuación que el personal de los CAF hace respecto a “las necesidades y condiciones del caso particular” (Nishijima y Blima, 2016: 16), lo cual explica la heterogeneidad en los procesos de atención al COVID-19.

Otros análisis sobre la pandemia han puesto de manifiesto la relevancia del concepto de riesgo para comprender las respuestas sociales de las poblaciones legas (Manderson y Levine, 2020) y, en concreto, de los trabajadores de la salud. Estudios como los de Simione y Gnagnarella (2020) y Samadipour *et al.* (2020)



encuentran que en el personal sanitario la percepción del riesgo es mayor que en los sujetos legos, por estar más expuestos al peligro y por interactuar con casos positivos.

El concepto de riesgo ha sido estudiado con amplitud desde la antropología, y en particular por la antropología médica (Nichter, 2006; Frankenberg, 1993). Por ahora sólo se alude a uno de los planteamientos centrales de la antropología para entender la percepción del riesgo. De acuerdo con Lupton (2006), la percepción del riesgo se moldea en función de los “entendimientos y prácticas culturalmente compartidas que están basadas en expectativas sociales y responsabilidades” (Lupton, 2006: 13-14). Es decir, se construye de manera colectiva, y, aun cuando puede haber variaciones individuales, éstas no pueden separarse de las condiciones estructurales y socioculturales que las posibilitan (Menéndez, 1998: 55).

En ese sentido, la percepción social del riesgo entre el personal sanitario es moldeado socialmente durante el proceso de formación y la acción profesional médica, pero también está determinado por aspectos estructurales como la necesidad de trabajar. En las representaciones descritas adelante, veremos que adquieren centralidad cuestiones como la ética profesional o el “deber de ayudar”. Ello hace de la práctica médica una obligación incluso en circunstancias difíciles y peligrosas, que implican un riesgo para el médico (Ives *et al.*, 2009).

Metodología

La elaboración del presente estudio exploratorio tuvo como principio minimizar el riesgo de contagio para los informantes y la autora, por lo cual el trabajo de campo presencial se redujo a las visitas para contactar a los médicos. Durante los meses de julio y agosto de 2020 se visitaron seis consultorios localizados en la alcaldía Benito Juárez con la finalidad de ubicar a médicos que aceptaran ser entrevistados. La elección de esta zona de estudio obedeció al criterio de mitigar el riesgo de exposición, por ser una zona con bajo número de contagios. Por esta vía se contactó a cuatro participantes, mientras que el resto fueron reclutados mediante la técnica de bola de nieve y por contacto previo.

La muestra consistió en cuatro informantes que trabajan en consultorios ubicados en la alcaldía Benito Juárez, y tres en Álvaro Obregón, Coyoacán y Magdalena Contreras. Seis son mujeres y uno es varón; sus edades oscilan entre los 26 y los 66 años. Seis son egresados de la Universidad Nacional Autónoma

de México y una del Instituto Politécnico Nacional. Todos son médicos generales excepto uno que cuenta con especialidad en medicina familiar. Sólo uno de los participantes pertenece a la población vulnerable a la COVID-19, por ser adulto mayor y padecer diabetes. Los consultorios para los que trabajan son Farmacias Similares, Farmacia Unión, la empresa Previta de Walmart y dos cadenas cuyos nombres no se mencionan por no tener el consentimiento por parte de las entrevistadas.

Dado que la investigación tiene por objeto conocer las representaciones sociales del personal médico, se recurrió a la entrevista como la técnica de investigación idónea. Así, previa elaboración de un guion, realicé siete entrevistas semiestructuradas por vía telefónica; seis fueron audiograbadas y transcritas (una no se grabó por no contar con autorización de la informante). La duración de estas entrevistas osciló entre 45 minutos y una hora y media.

El procesamiento de la información implicó realizar un listado de códigos ordenados con los siguientes temas: *a)* características generales y laborales de los médicos, *b)* atención médica a la COVID-19, *c)* la respuesta de las cadenas de farmacia, *d)* los cambios en la práctica médica derivados de la pandemia, y *e)* la percepción sobre la respuesta de la población y de las autoridades. Una vez identificados los códigos, se elaboraron fichas digitales que permitieron hacer la descripción y análisis de la información.

Asimismo, una parte considerable de la información recabada proviene de fuentes secundarias, principalmente artículos periodísticos, boletines informativos oficiales y conferencias de prensa. Dichas fuentes posibilitaron conocer la presencia mediática de los consultorios de farmacias y la respuesta de las autoridades sanitarias.

En los márgenes del sistema de salud: el “otro” frente de atención a la covid-19

Al momento de escribir este artículo, la única cifra pública relativa al impacto de los CAF en la atención de la enfermedad causada por el coronavirus fue proporcionada por la Asociación Nacional de Farmacias Mexicanas, la cual estima que entre febrero y junio los CAF refirieron a 36 000 pacientes COVID a los centros hospitalarios. Señala también que 10 por ciento de los pacientes diarios son canalizados a hospitales COVID (Vitela, 2020).

Al indagar con los médicos sobre el registro de los casos de COVID-19 fue claro el desafío que encara para este sistema de atención, y para el sector salud, tener

información estadística certera, pues las respuestas fueron diversas. Mientras que algunas cadenas de farmacia cuentan con formatos específicos para dicho fin, en otras no es así, como sucede con la cadena que atiende 67 por ciento de las consultas brindadas en los CAF (estimación propia con base en datos de Fundación Best [2018] y Cruz Martínez, 2018). Cuando se entrevistó a los informantes, en esta empresa no se registraban los casos probables y positivos de COVID, pues el rubro no había sido incorporado a la base de datos electrónica donde el médico precisa las causas de consulta.

Esta dificultad se incrementa porque no hay un requerimiento oficial para que las farmacias entreguen reportes epidemiológicos sobre esta enfermedad, pese a que desde hace unos años la normatividad indica que los CAF deben proporcionar a la jurisdicción sanitaria el informe epidemiológico SUIVE-1-2014. Por lo menos hasta el momento en que se hicieron las entrevistas los formatos aún no incluían la COVID-19 como un rubro: “Hay unos formatos que es el SUIVE, que es el monitoreo que entrega cualquier médico, pero ahorita con esta situación se anexó un formato específico para COVID-19” (Gloria, 11 de agosto de 2020).

No obstante, los médicos suelen contar con sus propias estimaciones sobre el número de pacientes revisados. En el cuadro 1 se presentan dichos cálculos, mismos que dejan ver diferencias en el número de casos

de acuerdo con la zona, tal como se describió al inicio de este artículo. En los consultorios ubicados en una colonia de clase media de la alcaldía Benito Juárez los casos son menores a los de colonias populares ubicadas en Álvaro Obregón y Magdalena Contreras. Esta tendencia es consistente con el número de contagios confirmados por alcaldía,² pero sobre todo con el hecho de que los entornos más desfavorecidos suelen ser los más afectados (Hernández Bringas, 2020). Además, se sabe que el contexto del consultorio es determinante de las causas de atención.³

La pandemia supuso un desafío a la práctica médica y a la capacidad de transformación del saber médico. No sólo fue necesario implementar nuevos protocolos en la consulta o en la forma de relacionarse con el paciente, sino que también obligó a los médicos a adquirir nuevos conocimientos técnico-científicos. Aprender a identificar los síntomas de la COVID, emitir diagnósticos, transmitir la información a los pacientes y prescribir tratamientos formó parte del quehacer de todo médico de primer contacto. Al respecto, todos los entrevistados reconocen que, por encima de las capacitaciones brindadas por algunas cadenas de farmacia,⁴ los mecanismos fundamentales para actualizarse consistieron en la revisión autodidacta de artículos o en la comunicación establecida con sus pares, lo que permitió intercambiar conocimientos y experiencias sobre sus pacientes.

Cuadro 1
Estimaciones sobre número de pacientes sospechosos y confirmados atendidos
(marzo-agosto 2020)

| Alcaldía | Informantes | Pacientes sospechosos atendidos | Pacientes confirmados atendidos |
|---------------------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Benito Juárez | Dra. Gloria | 10 | 0 |
| | Dra. Rocío | 11 | 1 |
| | Dra. Alejandra | 80 | 0 |
| | Dra. Sonia | 0 | 0 |
| Magdalena Contreras | Dra. Eugenia | 300 | 20 |
| Álvaro Obregón | Dra. Adriana | 400 | Más de 50 |
| Coyoacán | Dr. Vicente | s/d* | s/d* |

* Sin dato.

Fuente: elaboración propia.

² Benito Juárez es una de las alcaldías de la Ciudad de México que registra menor número de casos de COVID-19, con un total de 3402 para el 31 de agosto de 2020, cifra significativamente menor a los 14853 casos de Iztapalapa (Gobierno de la Ciudad de México, 2020b).

³ En una investigación previa encontré que en contextos de menor nivel socioeconómico son más frecuentes las intoxicaciones alcohólicas, heridas y lesiones causadas por actos violentos o accidentes laborales, así como las descompensaciones de glucosa o crisis hipertensivas (Morán, 2020).

⁴ Por lo general, éstas son cursos de actualización sobre la nueva cepa impartidos en una sesión de forma virtual. De acuerdo con lo señalado por los informantes, no son obligatorios ni tienen valor curricular.

Asimismo, todos los consultorios adoptaron medidas preventivas: en algunos se colocaron paneles protectores entre el escritorio y el paciente; se estableció la utilización del equipo de protección –siendo el cubrebocas el elemento más común–; y se volvió indispensable el uso de gel antibacterial. Otro de los recursos incorporados –o que por lo menos ahora forman parte del instrumental básico– es el oxímetro, utilizado para evaluar los niveles de oxigenación en sangre, y que las autoridades capitalinas han integrado como elemento del protocolo de atención temprana.

Por otro lado, una de las dificultades identificadas radica en la emisión del diagnóstico. Si consideramos que en estos consultorios 34.3 por ciento de las causas de consulta corresponden a enfermedades respiratorias (Morán, 2020: 227), los participantes señalan que sobre todo al inicio de la pandemia era complicado detectar casos sospechosos de COVID-19. Si bien con el tiempo han aprendido a identificar y descartar los síntomas de esta enfermedad, muchos reconocen que sigue siendo una tarea difícil.

Al toparse con un caso sospechoso se sigue uno de los dos protocolos de atención establecidos: *a)* actuar conforme a las recomendaciones oficiales, esto es, identificar factores de riesgo y encauzar de manera temprana a los hospitales; *b)* intervenir terapéuticamente con base en la administración de fármacos.

Si bien decidir con qué protocolo actuar depende del criterio del médico, es importante mencionar que estas decisiones se ven influenciadas también por las necesidades del contexto en el que ocurre el acto médico (Menéndez y Di Pardo, 1996). Aunque habría que indagar más al respecto, de forma preliminar se encontró que quienes trabajan en entornos más marginados y con más casos de contagios se inclinan por dar seguimiento e intervenir farmacológicamente al paciente, y no sólo enviarlos a las instituciones públicas.

De igual modo, habría que alentar que futuros análisis indaguen en una categoría central para comprender la práctica médica en la eventualidad de una cepa nueva: la incertidumbre, criterio constituyente del acto médico (Freidson, 1994). Así, ante una enfermedad como la causada por este virus, sobre el cual el saber biomédico aún no tiene suficientes certezas, y se manifiesta con diversos cuadros sintomáticos, las decisiones clínicas están basadas en la incertidumbre (Nishijima y Blima, 2016: 18).

Una forma de obtener certezas es mediante pruebas diagnósticas, requerimiento habitual a los pacientes con sospecha. Sin embargo, según los informantes, menos de la mitad de los individuos detectados vuelven a ellos con una prueba confirmatoria. En general, quienes lo hacen son pacientes subsecuentes del

médico, es decir, personas que confían en la capacidad diagnóstica y terapéutica de éste. Un ejemplo de ello es el de un médico quien no accedió a ser entrevistado, pero quien me dijo que desde el inicio de la pandemia hasta el momento de contactarlo había atendido 100 pacientes confirmados. En parte, este elevado número de pacientes positivos puede deberse al reconocimiento que tiene entre sus pacientes, pues es un médico internista, jubilado de una institución pública, y con una trayectoria de varios años en el mismo consultorio de farmacia.

Los entrevistados que optan por intervenir farmacológicamente señalan que aun cuando los pacientes no se realicen una prueba confirmatoria –ya sea por dificultades administrativas o económicas–, inician un tratamiento. Es así que algunos galenos afirman haber desarrollado un esquema de tratamiento basado en los conocimientos científicos, pero también sobre la base de prueba y error. Es el caso de la doctora Adriana, quien diseñó un tratamiento compuesto por antivirales, antibióticos, analgésicos, antipiréticos y desinflamatorios, que ha prescrito a casi 400 pacientes sospechosos atendidos en Farmacias Similares, así como a 500 de su consulta particular. Ella asegura que es efectivo, pues pocos han requerido atención hospitalaria y sólo cinco han fallecido:

El esquema que yo utilizo es ceftriaxona de un gramo, una diaria por seis días, azitromicina de 500, una diaria por nueve días, Aspirina Protec de 100, una diaria 15 días, y daxon de 500 cada 12 horas por nueve días y su paracetamol. Ése es el tratamiento y se le manda a hacer la placa para descartar que no haya sido atacado ya a nivel pulmonar y se le manda a hacer la prueba, mientras se le da el tratamiento para que el paciente no vaya evolucionando. Ya que sale el paciente con ese tratamiento se valora de nuevo y se le da profiláctico que es ivermectina eh... son cuatro tabletas, lo divido en una semana, primero y segundo días es una y una, descansa cuatro y séptimo y octavo, una tableta [Adriana, Farmacias Similares, 30 de julio de 2020].

A partir de estos datos, encontramos que la determinación del diagnóstico, así como del protocolo de atención a seguir, parte de un criterio pragmático que el médico desarrolla con base en una racionalidad técnico-científica, pero también en una sabiduría desarrollada empíricamente. De este modo, sus decisiones están condicionadas tanto por las necesidades y demandas de sus pacientes, como por su discernimiento respecto a cómo intervenir en un momento de crisis. Por tanto, el pragmatismo y la incertidumbre se convierten en los motores principales de la práctica

médica llevada a cabo por estos galenos durante el contexto pandémico.

La otra “primera línea de batalla”

Desde que comenzó la pandemia se hizo habitual la frase que alude al personal médico como “primera línea de batalla” contra la COVID-19. No obstante, parecería que desde el discurso oficial y mediático los médicos de los CAF no están incluidos en esa línea de batalla. Pese a que la expresión se refiere a quienes trabajan en la atención directa a pacientes infectados con coronavirus, es importante no dejar de lado que en esta “batalla” hay muchos frentes. Uno de ellos son los médicos de estos consultorios.

Al igual que otros trabajadores de la salud, uno de los riesgos que enfrenta este personal es ser contagiado. Al 31 de agosto de 2020, en México, casi 100 000 trabajadores de la salud habían sido infectados, y 1 320 habían muerto (Secretaría de Salud, 2020), colocándose como el país con mayor número de decesos de personal de salud a causa de COVID-19 (Proceso, 2020). Ahora bien, no hay seguridad de que estas estadísticas incluyan al personal de los CAF, pues no hay una cifra que dé cuenta de cómo ha sido afectado este sector. Una nota periodística informó que para junio se tenía conocimiento de seis médicos de Farmacias Similares fallecidos por COVID-19 (Imagen Radio, 2020). Sin embargo, es sumamente probable que esta cantidad quede muy por debajo del número real de médicos afectados. A la luz de lo indicado por los informantes, la cantidad de colegas contagiados es mucho mayor. De hecho, casi todos aseguraron conocer por lo menos a un compañero(a) en esa situación. Por lo demás, dos de los entrevistados vivieron esa experiencia.

Vicente, de 66 años, médico familiar jubilado del Instituto Mexicano del Seguro Social y que labora en Farmacias Similares por el deseo de seguir ejerciendo la profesión, fue contagiado a finales de marzo por un paciente que llegó a consulta con tos seca y sin cubrebocas. Su proceso de enfermedad se complicó al grado de requerir ser hospitalizado e intubado. Permaneció dos meses en el hospital, de donde fue dado de alta para comenzar su proceso de recuperación en casa. Reconoce que cuando se contagió no sabía lo suficiente sobre el virus, por lo cual se “confió” y no mantuvo las medidas de prevención. Al comenzar a sentirse enfermo lo notificó a su jefe, el supervisor médico de la zona, quien mantuvo comunicación con él y su familia. Asimismo, le aseguró que su vacante en el consultorio donde labora no sería ocupada por ningún otro médico. Al momento de la entrevista, Vi-

cente aún se encontraba en rehabilitación para volver a caminar. Con todo, su intención es regresar a dar consulta en cuanto esté recuperado.

Por otro lado, Adriana, de 42 años, quien ha laborado por dieciséis años en Farmacias Similares, piensa que se contagió –junto con su colega del turno vespertino– en un convivio con el personal de farmacia. Ella presentó un cuadro más leve, pero tuvo que mantener aislamiento por un mes, lo cual implicó que dejara de obtener ingresos, pues en esta cadena éstos dependen del pago directo por consulta. No obstante, reconoce que recibió un apoyo económico de 7 000 pesos proveniente de un fondo que la Fundación Best destinó para apoyar a los médicos contagiados. Cabe decir que ambos informantes tuvieron que solventar los gastos de su enfermedad con recursos propios, pues su contratación no les provee de seguridad social.

En un estudio sobre la percepción del riesgo entre personal sanitario que atendió la epidemia de ébola en África, Gee y Skovdal (2017) encontraron que ésta varía según diferentes aspectos, como las experiencias laborales pasadas, el grado de confianza en la institución que los contrata, el temor a contagiar a la familia, los conocimientos técnicos del virus o las características individuales del personal.

En la coyuntura actual, la percepción del personal médico de los CAF es la de ejercer bajo el constante riesgo de ser infectado por el SARS-CoV-2. Con todo, en algunos casos la percepción del riesgo es mayor. En concordancia con lo planteado por Gee y Skovdal (2017) e Ives *et al.* (2009), se identificaron diversos factores que influyen en la percepción del riesgo, como el miedo a contagiar a los familiares, en especial cuando los informantes viven con los padres, abuelos o algún miembro con comorbilidades. Otro factor es el grado de confianza que se tiene en el equipo de protección o en las medidas preventivas adoptadas en el consultorio. Por ejemplo, Alejandra experimenta una sensación de menor riesgo de contagio por la instalación del panel protector entre su escritorio y el paciente. Asimismo, un aspecto determinante en la percepción del riesgo son las características del entorno en el cual ejercen (Nichter, 2006: 112), y, por tal razón, los médicos que trabajan en consultorios con mayor número de consultas por COVID se perciben en mayor riesgo.

Es importante mencionar que pese a estas diferencias en la percepción del riesgo, en todos los casos se identificó una representación común: el riesgo es un hecho inherente a la profesión médica, lo cual conduce a sugerir que la percepción que se tiene sobre él es socialmente aprendida durante el proceso formativo y en la práctica profesional.

Así, la práctica médica en tiempos de pandemia está mediada por imaginarios constitutivos de la profesión médica: anteponer la vocación de servicio a la amenaza del contagio, mantener una ética profesional y ser fiel al deber de ayudar (Ives *et al.*, 2009: 5), tal como lo señala Vicente en relación con la renuncia de compañeros suyos por temor a infectarse:

A mí me daría mucha pena, siendo médico, decir “ya me voy”, no, no, no ¿entonces para qué estudiaste? ¿sí? Son situaciones complicadas, pero tienes que afrontar el riesgo. No me podía rajar, porque me daría pena conmigo mismo, tienes que seguir trabajando para curar gente [Vicente, Farmacias Similares, 23 de julio de 2020].

En la misma línea, Adriana menciona que el temor a contagiarse nunca fue un obstáculo para atender a los pacientes COVID, ir a sus domicilios o acompañarlos al hospital, sino que todo forma parte de su “deber ser” como médico:

Cuando estaba contagiada me habló una doctora y me dice “oye ¿cómo estás?” Porque se enteró que estaba contagiada, y me dijo “¿sabes por qué te contagiaste? Por ser buena samaritana, por ir a visitar a los pacientes a sus casas”. Y yo no le contesté porque somos doctores, si a mí me piden “ven a mi casa” y yo puedo salvar a alguien, voy aunque me contagie [Adriana, Farmacias Similares, 30 de julio de 2020].

Ahora bien, incluso cuando estos principios se hallan en las representaciones del personal de los CAF, no deben omitirse los aspectos estructurales implícitos en el hecho de seguir trabajando, como son las necesidades económicas que hacen inviable renunciar, pese a la amenaza cotidiana de ser contagiados. Sin duda ésta es una vertiente que debe explorarse en posteriores trabajos.

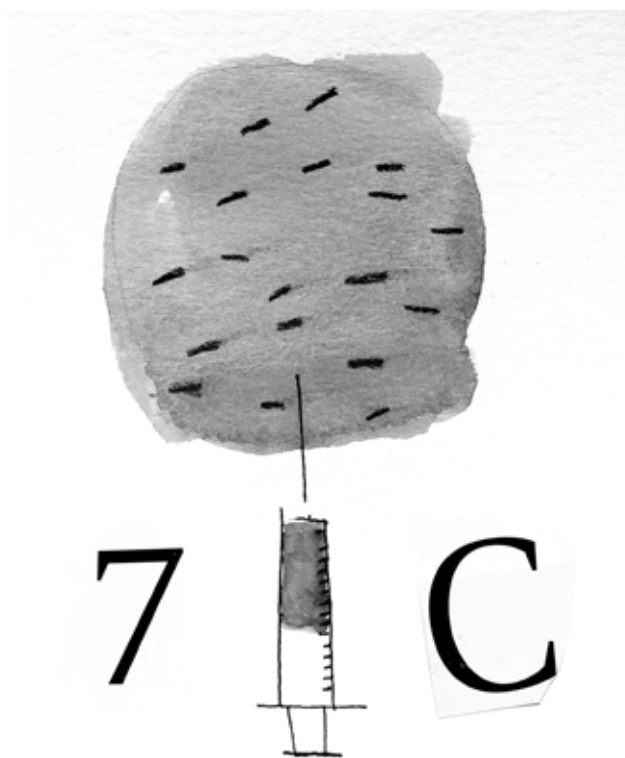
En todo caso, la COVID-19 pone a prueba el sentido de vocación de los médicos, y les recuerda que su trabajo consiste inescapablemente en estar ahí, y cuidar de ellos y sus pacientes, al igual que de los propios familiares (Bellinghausen, 2020). Entonces, en esas cuatro paredes –sin ventilación ni posibilidad de guardar la “sana distancia”– la única alternativa es “respirar y seguir adelante” como lo apunta la doctora Alejandra.

Una realidad invisible –e invencible– para el sector salud

Este artículo pretende visibilizar y reflexionar sobre las omisiones de las políticas sanitarias mexicanas en la inclusión de los CAF dentro de las estrategias para combatir el SARS-CoV-2. Si consideramos los datos proporcionados por el personal médico de los CAF, su papel durante la pandemia es innegable. Sin embargo, pese a tratarse de un componente medular del sistema de salud que hoy atiende a una amplia cantidad de pacientes con síntomas de COVID, el Estado ha adoptado una política de *laissez faire* (Funsalud, 2014). Durante la crisis sanitaria, las omisiones del sector salud se expresan en la ausencia de información estadística relativa a estos establecimientos, así como en su inexistente incorporación a la estrategia gubernamental mediante programas de capacitación a su personal médico o de aplicación masiva de pruebas, por mencionar algunas cuestiones.

La tendencia a subordinar los servicios de primer nivel como frente de respuesta a la COVID-19 no es exclusiva del caso mexicano. Por el contrario, pueden hallarse paralelismos con experiencias internacionales en las cuales la visión predominante ha sido dejar en un segundo plano a la atención primaria, y canalizar sus esfuerzos a los hospitales, y a que éstos cuenten con la infraestructura y recursos humanos suficientes para atender los casos graves (Giovanella *et al.*, 2020: 2).

Por consecuencia, se ha invisibilizado el papel central en el control de la pandemia que pueden tener los servicios de atención primaria, al garantizar la atención diaria y ser el primer contacto con la población (Medina *et al.*, 2020). Más aún si, como señalan



Solera Albero y Tárraga (2020: 469), 80 por ciento de los casos de COVID-19 desarrollan una enfermedad leve, que puede ser resuelta en la atención primaria. Como plantean otros autores, una de las lecciones que la pandemia deja a los sistemas de salud es la necesidad de modificar el enfoque clínico-hospitalario y fortalecer los procesos de atención primaria, para, por un lado, hacer frente a la crisis sanitaria actual, pero también para mejorar la atención a la salud (Rodríguez, 2020: 2). Por ende, resulta vital apoyar a los profesionales médicos que trabajan en atención primaria, proporcionándoles el equipo de protección adecuado y garantizando que tengan un apropiado entrenamiento sobre la COVID-19 (Rawaf *et al.*, 2020).

En el caso particular de los CAF, la historia de exclusión en las políticas de salud mexicanas no se remonta a la pandemia. Aunque surgieron en los noventa, no se instauró ninguna política regulatoria sino hasta 2013, dieciséis años después de que se originaron.⁵ En junio de 2020, el titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, advirtió que, en un intento de regulación, el Consejo de Salubridad General se había reunido con los representantes de las asociaciones de farmacias para generar estrategias de alineación e implementar una certificación (Gobierno de México, 2020). Pocas semanas después de este acuerdo comenzó la pandemia, lo que ralentizó la iniciativa.

Durante las conferencias del gobierno sobre la situación de la COVID-19, las menciones a los consultorios de farmacias han sido escasas. Básicamente se limitan a una respuesta del subsecretario en torno a las capacitaciones al personal médico de estos establecimientos. Por su parte, los gobiernos locales han implementado medidas, quizá insuficientes y de poco alcance, pero que representan un interés por mirar a los CAF como servicios relevantes, entre ellas está la organización de un curso dirigido a médicos de los CAF, convocado por el gobierno capitalino, la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Gobierno de la Ciudad de México, 2020a).

De hecho, los médicos entrevistados señalan como una de las principales inconformidades la falta de un programa de capacitación de alcance nacional diseñado por el sector salud, donde se establezcan criterios

relativos a cómo proceder ante la pandemia causada por el coronavirus:

Lo que siento que debe hacer el gobierno es hacer una capacitación general para todos los médicos de primer contacto, sean para médicos de un consultorio privado, de un consultorio de farmacia, sea lo que sea, para que uno sepa y diga “ok, llegó un paciente tal ¿qué tratamiento específico debo dar, puro paracetamol, pues puro paracetamol” pero ¿qué hacer si un paciente ya llega en condiciones de COVID...? de que llega con dificultad respiratoria porque a veces eso sí, si un paciente llega con problemas respiratorios al consultorio, uno tiene que llamar a la ambulancia y se tiene que trasladar con el paciente [Alejandra, Previta, 1º de agosto de 2020].

Con excepción del seminario organizado por el gobierno capitalino y un curso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para personal de salud de primer nivel, no se han generado propuestas de mayor envergadura por parte de la Secretaría de Salud. Así, las capacitaciones quedan a expensas de las farmacias y de los médicos, reflejando una incapacidad de intervención del Estado.

La ausencia de información estadística sobre los casos de COVID atendidos en estos establecimientos, o el número de contagios y decesos de su personal médico son otro indicador de la nula implicación del sector salud. Se indicó que uno de los problemas para conocer el número de casos de COVID atendidos en los CAF tiene que ver con la disparidad en sus sistemas de vigilancia epidemiológica internos. Ello supone el inconveniente de que parte de los casos detectados no son incluidos en las estadísticas oficiales, a menos que hayan sido confirmados con una prueba diagnóstica. Un ejemplo que ilustra esta cuestión es el de la doctora Adriana, quien desde que se detectó el primer brote ha atendido a 400 sospechosos, mismos que en su mayoría ha tratado como portadores del virus, pero sólo poco más de cincuenta –aquellos con prueba confirmatoria– han sido incorporados en las cifras oficiales.

La complejidad de esto se agudiza si consideramos que los consultorios de farmacias atienden 35 por ciento de las consultas diarias, y que muchos de sus usuarios prefieren acudir a ellos antes que a una institución

⁵ Ese año la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) anuncia una estrategia para regular los 13 000 establecimientos existentes en ese momento (Secretaría de Salud, 2015b). Aunque no puede conocerse con certeza su impacto, pues la estrategia no ha sido monitoreada, en un estudio previo planteo que su efectividad es limitada, en parte debido a lo siguiente: a) la mayoría de las visitas de fomento sanitario se hacen a consultorios de grandes cadenas de farmacia; b) hay consultorios con evidente incumplimiento de la normatividad que siguen en funcionamiento sin haber sido sometidos a sanción alguna; c) la estrategia se limita a supervisar que se cuente con la infraestructura y equipo adecuado, pero no se consideran aspectos concernientes a la calidad de la atención (Morán, 2020: 425).

pública.⁶ Históricamente, los centros hospitalarios –en particular los hospitales oficiales– han sido concebidos en las representaciones populares como el lugar en el que los sujetos van a morir de sus enfermedades, más que a curarse de las mismas (Menéndez, 2005: 22). De ese modo, la pandemia agudizó la desconfianza hacia los servicios de salud públicos, ahora alimentada no sólo por el miedo a morir en su interior, sino a ser contagiado en ellos.

De acuerdo con una encuesta realizada por un medio nacional, 70 por ciento de la población encuestada se siente insegura de ingresar a un familiar con síntomas de COVID a un hospital (Moreno, 2020). Dicha percepción se acompaña de imaginarios conspiracionistas como que en los hospitales “se mata a la gente” o “se les contagia el COVID a propósito”. Cabe decir que este miedo no es completamente irracional. Por el contrario, adquiere total legitimidad al saber que 40 por ciento de los hospitalizados por COVID-19 en la Ciudad de México mueren (Kitroeff y Villegas, 2020). Bajo este panorama, los CAF se convierten en un recurso de atención más cercano, accesible, familiar y, sobre todo más, “seguro”.

Conclusiones

Este artículo describe y analiza las representaciones sociales del personal médico de los CAF respecto a su quehacer durante la pandemia, lo que permite vislumbrar la relevancia de este recurso de atención en esta crisis de salud.

Encontramos que la pandemia transformó la dinámica cotidiana de los consultorios de farmacia y del personal que trabaja en ellos. Así, estos pequeños establecimientos se convirtieron en nichos que se suman a la batalla contra el SARS-CoV-2. En ellos, su personal médico se ve en la necesidad de actuar pragmáticamente para dar solución a las necesidades de los pacientes. Por consecuencia, su capacidad de diagnosticar y dar tratamientos se basa en los conocimientos científicos sobre el virus, pero también en una sabiduría empírica desarrollada a partir de sus experiencias concretas en la atención de esta nueva enfermedad. Por lo tanto, se hace visible cómo esta coyuntura exacerba la capacidad del médico de recreación cotidiana a través de su práctica profesional (Castro, 2014: 173).

De igual modo, la pandemia pone de manifiesto la situación de precariedad en la que se desempeñan los 32500 galenos de estos consultorios (Díaz Portillo *et al.*, 2017), al no contar con seguridad social en caso de enfermarse, ni con adecuados equipos de protección o espacios para consultar de forma segura y, por ende, estar expuestos a ser contagiados. Es relevante que, no obstante ello, los entrevistados no necesariamente se conciben como vulnerables, o incluso como más vulnerables que el personal sanitario que labora en otras instituciones. Por el contrario, identifican el riesgo como parte indisociable de su profesión, del deber de ayudar y la vocación de servicio, que son elementos nodales de su identidad profesional. A esto es preciso agregar los factores estructurales que hacen imprescindible seguir trabajando pese a la amenaza de contagio.

También se hizo referencia al exiguo interés del sector salud por los CAF, y su inclusión marginal en la estrategia gubernamental. En un reportaje sobre estos consultorios, Lydiette Carrión (2020) plantea que en un mundo ideal los CAF serían los “primeros frentes de contacto del médico con pacientes infectados [...] [y permitirían] establecer una zona de contención del padecimiento”, siempre y cuando hubiera control de los mismos y, sobre todo, de haber sido contemplados en la estrategia. En contraste, en el mundo real, los CAF son considerados por las autoridades como apéndices que operan en los márgenes del sistema de salud, y que, más que brindar un servicio de salud, son “aventuras comerciales” que funcionan al servicio de una farmacia, como indicó el subsecretario López-Gatell (Gobierno de México, 2020). Tal aseveración borra de un pincelazo las complejidades de un sistema de atención cuyos médicos, muchas veces, anteponen su ética profesional a convertirse en meros prescriptores y vendedores de medicamentos (Morán, 2020).

La principal contribución de este estudio es presentar una primera aproximación que desde la antropología médica intente capturar el punto de vista de los actores y el matiz de los contextos, a partir de lo cual pueda visibilizarse y comprender el rol de los consultorios adyacentes a farmacias en el entorno de esta pandemia. Sin embargo, se reconoce que, por su naturaleza exploratoria, tiene algunas limitaciones. Entre éstas se hallan el foco exclusivo en las representaciones sociales de los médicos, y no incluir las de los usuarios, mismas que son significativas para

⁶ Entre las razones por las que la gente prefiere acudir a los CAF están la percepción negativa que se tiene sobre los servicios de salud públicos, sintetizada en largos tiempos de espera, dificultades burocráticas para ser atendido y dar seguimiento a una enfermedad, limitados horarios de atención, problemas en la relación con el personal médico y falta de abastecimiento de medicamentos (Morán, 2020). Otro estudio que da cuenta de los motivos por los cuales los usuarios acuden a los CAF es el de Osorio (2020).

conocer los patrones de utilización para atender esta enfermedad. Otra limitante es que los resultados se circunscriben a lo acontecido en una parte de la Ciudad de México. Por ello, es imprescindible que futuras investigaciones indaguen los alcances de este sistema de atención en diferentes realidades sociales, pues, como se plantea en este trabajo, el contexto marca diferencias importantes en la respuesta de los usuarios y los médicos ante la COVID-19.

Otras vetas de estudio que se desprenden de esta investigación consisten en indagar en qué discrepan los protocolos de atención, en las particularidades de la percepción del riesgo entre los médicos de estos consultorios, así como en las implicaciones que puede tener el “distanciamiento social” en la relación médico-paciente.

Fuentes

- BELLINGHAUSEN, HERMANN
2020 “Ala salud de los trabajadores de la salud”, en *La Jornada*, Opinión, 31 de agosto <<https://www.jornada.com.mx/2020/08/31/cultura/a07a1cul>> [2 de septiembre de 2020].
- CARRIÓN, LYDIETTE
2020 “Médicos de farmacia, primera línea –invisible y porosa– ante el coronavirus”, en *Corriente Alterna*, *Cultura UNAM*, 10 de junio <<https://corrientealterna.unam.mx/derechos-humanos/medicos-de-farmacia-la-primera-linea-ante-el-coronavirus/>> [3 de septiembre de 2020].
- CASTRO, ROBERTO
2014 “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- CRUZ MARTÍNEZ, ÁNGELES
2018 “Ssa busca convenio con farmacias donde tengan consultorios anexos”, en *La Jornada*, 1º de marzo <<https://www.jornada.com.mx/2018/03/01/sociedad/034n1soc>> [6 de abril de 2018].
- DÍAZ PORTILLO, SANDRA ET AL.
2017 “Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 6, núm. 31, pp. 459-465. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016> [5 de marzo de 2019].
- DURÁN ARENAS, LUIS, GUILLERMO SALINAS ESCUDERO, VÍCTOR GRANADOS GARCÍA Y SILVIA MARTÍNEZ VALVERDE
2012 “La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 148, pp. 552-557.
- FRANKENBERG, RONALD
1993 “Risk: anthropological and epidemiological narratives of prevention”, en Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press, Berkeley.
- FREIDSON, ELLIOT
1994 *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, The University of Chicago Press, Chicago.
- FUNDACIÓN BEST
2018 “Estadísticas de consultas”, en *Fundación Best* <<http://www.fundacionbest.org.mx/>> [5 de abril de 2018].
- FUNSALUD
2014 *Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios adyacentes a farmacias privadas*, Fundación Mexicana para la Salud, México.
- GEE, STEPHANIE Y MORTEN SKOVDAL
2017 “The role of risk perception in willingness to respond to the 2014-2016 West African Ebola outbreak: a qualitative study of international health care workers”, en *Global Health Research and Policy*, núm. 2. DOI: 10.1186/s41256-017-0042-y [13 de diciembre de 2020].
- GIOVANELLA, LIGIA ET AL.
2020 “¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica?”, en *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 19.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
2020a “Impartirán Gobierno capitalino, UNAM e INCMNSZ seminario a médicos de farmacias para atender pacientes con COVID-19”, en *Gobierno de la Ciudad de México*, 17 de junio <<https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/impartiran-gobierno-capitalino-unam-e-incmnsz-seminario-medicos-de-farmacias-para-atender-pacientes-con-covid-19>> [15 de agosto de 2020].
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
2020b “Transparencia COVID-19. Datos abiertos Ciudad de México”, en *Gobierno de la Ciudad de México*, 31 de agosto <https://datos.cdmx.gob.mx/pages/covid19/?gclid=CjwKCAjw4rf6BRAvEiwAn2Q76pYCWs3vySqOvFz0ZvX8ewujNzdQcGodJXCTOss_ebMPzkvQMejLFhoCDV0QAvD_BwE> [31 de agosto de 2020].
- GOBIERNO DE MÉXICO
2020 “Conferencia de prensa COVID-19, 14 de junio”, en *Gobierno de México* <<https://coronavirus.gob.mx/2020/06/14/conferencia-14-de-junio/>> [12 de agosto de 2020].
- HERNÁNDEZ BRINGAS, HÉCTOR HIRAM
2020 “Mortalidad por COVID-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico”, en *Notas de Coyuntura del CRIM*, núm. 36, junio, pp. 1-7.
- HOMEDES, NURIA Y ANTONIO UGALDE
2005 “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a dos estudios de caso”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, núm. 3, pp. 210-220.
- IMAGEN RADIO
2020 “Médicos del Doctor Simi cobran \$40 pesos por consulta durante la pandemia”, en *Imagen Radio*, 8 de junio <<https://www.imagenradio.com.mx/medicos-del-doctor-simi-cobran-40-pesos-por-consulta-durante-pandemia>> [15 de agosto de 2020].

- INEGI
2016 "Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2016", en INEGI <<https://www.inegi.org.mx/programas/salud/>> [10 de agosto de 2018].
- IVES, JONATHAN ET AL.
2009 "Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study", en *BMC Public Health*, vol. 9, núm. 56.
- KITROEFF, NATALIE Y PAULINA VILLEGAS
2020 "Prefiero quedarme en mi casa y morirme ahí", en *The New York Times*, 10 de agosto <<https://www.nytimes.com/es/2020/08/10/espanol/america-latina/mexico-covid-hospitales.html>> [30 de agosto de 2020].
- LUPTON, DEBORAH
2006 "Sociology and risk", en Gabe Mythen y Sandra Walklate (eds.), *Beyond the Risk Society: Critical Reflections on Risk and Human Security*, Open University Press, Maidenhead, pp. 11-24.
- MANDERSON, LENORE Y SUSAN LEVINE
2020 "COVID-19, risk, fear and fall-out", en *Medical Anthropology*, vol. 39, núm. 5, pp. 367-370.
- MEDINA, MARÍA GUADALUPE, LIGIA GIOVANELLA, AYLENE BOUSQUAT, MARIA HELENA MAGALHÃES Y ROSANA AQUINO
2020 "Primary healthcare in times of COVID-19: what to do?", en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, núm. 8, pp. 1-5.
- MENÉNDEZ, EDUARDO
1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social. conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos*, vol. XVI, núm. 46.
- MENÉNDEZ, EDUARDO
2005 "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, pp. 9-32.
- MENÉNDEZ, EDUARDO Y RENÉ DI PARDO
1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MORÁN, ANA
2020 "Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias en al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención", tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MORENO, ALEJANDRO
2020 "86% de los mexicanos sí cree en la utilidad de los cubrebocas para prevenir el COVID-19", en *El Financiero*, 30 de julio <<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/86-de-los-mexicanos-si-cree-en-la-utilidad-de-los-cubrebocas-para-prevenir-el-coronavirus>> [2 de septiembre de 2020].
- NICHTER, MARK
2006 "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica", en *Desacatos*, núm. 20, pp. 109-132.
- NISHIJIMA, YURI Y LILIA BLIMA
2016 "El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea", en *Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 1, pp. 9-21.
- OSORIO, ROSA MARÍA
2020 "Consultation rooms annexed to pharmacies: the Mexican private, low-cost health care system", en Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia y Lina Berrio (eds.), *Critical Medical Anthropology*, UCL Press, Londres, pp. 195-221.
- PICARONI SOBRADO, NATALIA
2017 "Trabajo médico e identidad profesional. Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile", en *Revista Uruguaya Antropología y Etnografía*, vol. 2, núm. 1, pp. 27-40.
- PROCESO
2020 "México es el país con más muertes de personal de la salud por COVID-19", en *Proceso*, 3 de septiembre <<https://www.proceso.com.mx/646539/mexico-es-el-pais-con-mas-muertes-de-personal-de-la-salud-por-covid-19>> [5 de septiembre de 2020].
- RODRÍGUEZ, JORGE
2020 "Lecciones de la pandemia: fortalecer la atención primaria y el enfoque poblacional", en *Revista Salud Bosque*, vol. 10, núm. 2, pp. 1-3.
- RAWAF, SALMAN ET AL.
2020 "Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide", en *European Journal of General Practice*, vol. 26, núm. 1, pp. 129-133.
- SAMADIPOUR, EZAT, FATEMEH GHARDASHI, ROGHAYEH ZARDOSHT, FATEMEH BORZOEI Y ELHAM NAVIPOUR
2020 "Assessment the risk perception of health-workers of COVID-19 disease", en *Research Square*. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-104039/v1> [20 de diciembre de 2020].
- SECRETARÍA DE SALUD
2015a "Boletín de Información Estadística No. 35, vol. III", en *Gobierno de México/Secretaría de Salud* <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie_gobmx.html> [8 de agosto de 2018].
- SECRETARÍA DE SALUD
2015b *Estrategia del Gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales*, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, México <<http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>> [4 de abril de 2018].
- SECRETARÍA DE SALUD
2020 "COVID-19 México. Personal de Salud. Informe técnico", 31 de agosto <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/575946/COVID19_Personal_de_Salud_2020.08.31.pdf> [3 de septiembre de 2020].
- SIMIONE, LUCA Y CAMILLA GNAGNARELLA
2020 "Differences between health workers and general population in risk perception, behaviors and psychological distress related to COVID-19 spread in Italy", en *Frontiers in Psychology*, vol. 11.
- SOLERA ALBERO, JUAN Y PEDRO JUAN TÁRRAGA
2020 "La atención primaria en salud: más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus", en *Journal of Negative & No Positive Results*, vol. 5, núm. 5, pp. 468-472.
- VITELA, NATALIA
2020 "Refieren farmacias 36 mil casos al día", en *Reforma*, 14 de junio <<https://www.reforma.com/libre/acceso/accesofb.htm?urlredirect=/refieren-farmacias-36-mil-casos-al-dia/ar1965692>> [5 de agosto de 2020].