

# Medicamentos en disputa: una etnografía sobre la prescripción en consultorios adyacentes a farmacias en México\*

## Disputed medicines: An ethnography of prescription in doctor's office adjacent to pharmacies in Mexico

ANA VICTORIA MORÁN PÉREZ\*\*

### Abstract

*This article examines how pharmacies offices adjacent to clinics (PADO's) in Mexico operate as spaces of pharmaceuticalization, in which medications structure the therapeutic experience. Based on ethnographic research conducted in PADO's in Mexico City, including participant observation and interviews with physicians, pharmacy staff, and patients, it analyzes the disputes and negotiations surrounding the prescription and dispensing of pharmaceuticals. The study shows how, within these settings, medical authority is strained and reconfigured under market logics, while patients emerge as active subjects in therapeutic decision-making. Although the research is circumscribed to a specific urban context, it provides analytical insights into broader transformations in privatized healthcare systems. From the perspective of pharmaceutical anthropology and pharmaceutical studies, PADO's are conceptualized as strategic nodes where processes of pharmaceuticalization and the commodification of health converge.*

**Keywords:** pharmaceuticalization, medication dispensing, pharmaceutical anthropology, pharmaceutical industry, medical authority, commodification of health

### Resumen

*Este artículo analiza cómo los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en México operan como espacios de medicamentación, en los cuales el medicamento estructura la experiencia terapéutica. Con base en una investigación etnográfica realizada en CAF de la Ciudad de México, que incluyó observación participante y entrevistas con médicos, dispensadores y pacientes, se examinan las disputas y negociaciones en torno a la prescripción y dispensación de fármacos. El estudio muestra cómo, en estos espacios, la autoridad médica se tensiona y reconfigura bajo lógicas mercantiles, al tiempo que los pacientes emergen como sujetos activos en las decisiones terapéuticas. Aunque se circunscribe a un contexto urbano específico, la investigación aporta claves para comprender transformaciones más amplias en sistemas de atención privatizados. Desde la antropología farmacéutica y los estudios farmacéuticos, los CAF se conceptualizan como nodos estratégicos donde convergen procesos de medicamentación y mercantilización de la salud.*

**Palabras clave:** medicamentación, dispensación de medicamentos, antropología farmacéutica, industria farmacéutica, autoridad médica, mercantilización de la salud

\* Artículo recibido el 13/05/25 y aceptado el 05/08/25.

\*\* Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural. Av. Río de la Magdalena núm. 100, col. La Otra Banda, 01090 Álvaro Obregón, Ciudad de México <ana00.moran@gmail.com>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9306-899X>.

## Introducción

Los fármacos, elemento central de la práctica biomédica, ocupan un lugar cada vez más destacado en la vida cotidiana del mundo contemporáneo. Este fenómeno responde tanto a procesos estructurales –como el crecimiento global de la industria farmacéutica y su penetración en múltiples esferas sociales– como a dinámicas socioculturales que han favorecido la expansión de procesos de medicalización y medicamentación de la salud.

Desde la antropología, esta tendencia ha sido abordada por la subdisciplina conocida como antropología farmacéutica, interesada en analizar las prácticas culturales, científicas y económicas que contribuyen al crecimiento de la industria farmacéutica y cómo dicha expansión genera formas diferenciadas de acceso, uso y significado de los medicamentos (Petryna y Kleinman 2006). De manera paralela, los estudios farmacéuticos han examinado la industria farmacéutica como objeto de estudio sociológico y antropológico, analizando sus vínculos con el mercado, la regulación, los consumidores y la producción de enfermedades “vendibles” (Greene y Sismondo 2015). Si bien cada enfoque tiene sus particularidades, ambos son complementarios en cuanto expresan su preocupación respecto a la industria farmacéutica y los procesos y actores involucrados en la cadena farmacéutica, que incluye desde el desarrollo, la producción, la aprobación, la distribución, el almacenamiento, la prescripción, la dispensación hasta el consumo de medicamentos (Ugalde y Homedes 2011: 11-12).

Al explorar cómo los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en México constituyen espacios donde los medicamentos se configuran como el eje de la experiencia terapéutica, este artículo se inscribe dentro de dichas perspectivas teóricas. Mediante un análisis etnográfico en CAF de la Ciudad de México se examina cómo se producen disputas y negociaciones en torno a la prescripción y dispensación de fármacos; cómo estas interacciones reconfiguran la autoridad médica y el rol del paciente en cuanto sujeto activo en el proceso terapéutico; y se problematiza en qué medida los CAF resignifican la idea de la salud como un bien alcanzable y resoluble mediante el consumo farmacológico.

El estudio se sitúa en el contexto de la expansión de los CAF en México. Desde la apertura del primer consultorio por Farmacias Similares en 1997, este modelo –orientado a ofrecer atención ambulatoria de bajo costo con acceso inmediato a medicamentos– se ha replicado con amplitud. En 2022, la Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex) estimó

más de dieciocho mil CAF en el país (Vera 2022). Otras investigaciones muestran que los CAF han comenzado a sustituir o a competir de manera eficaz con la atención pública de primer nivel (Colchero *et al.* 2020).

Su crecimiento responde a transformaciones estructurales del sistema de salud desde los años noventa: reformas neoliberales, recorte al gasto público, descentralización y apertura al capital privado (López Arellano y Jarillo Soto 2017). En este escenario, ante la insuficiencia del sector público, los CAF ofrecieron una solución práctica, combinando consultas asequibles y acceso rápido a medicamentos.

Además, su expansión se relaciona con políticas farmacéuticas específicas, como la liberalización de los genéricos y la ley de 2010 que prohibió vender antibióticos sin receta. Este cambio legal favoreció los CAF al permitir prescribir directamente en el punto de venta (Bautista-Arredondo *et al.* 2024), creando un nuevo mercado para farmacias con consultorios integrados.

Por último, este crecimiento se inscribe en un contexto global de fortalecimiento del complejo médico-industrial –industria farmacéutica, biotecnologías, aseguradoras, corporativos de salud e inteligencia artificial– donde la industria farmacéutica ha ganado protagonismo y donde, tras la pandemia de COVID-19, se consolidó como actor hegemónico en la producción y distribución de vacunas y medicamentos, reforzando su centralidad en las políticas sanitarias del Norte y del Sur Global (Basile y Feo 2022).

El presente artículo plantea que los CAF operan como una expresión concreta de este proceso global de robustecimiento de la industria farmacéutica, al funcionar como consultorios médicos asociados a una farmacia de cadena o independiente que orienta y define ciertas prácticas de atención, prescripción, adquisición y consumo de medicamentos. De igual modo, se argumenta que éstos se constituyen como espacios donde los medicamentos son un eje primordial de las relaciones que se tejen entre sus actores (empresarios y gerentes, dispensadores, personal médico y pacientes), a la vez que promueven racionalidades que privilegian la intervención farmacológica como la vía legítima y deseable para tratar el malestar y obtener la salud. Es decir, se produce una medicalización en la que los problemas médicos –y no médicos– son representados como solucionables a través de un fármaco (Conrad 2005).

El trabajo se estructura en tres ejes: uno que analiza cómo los CAF contribuyen a una concepción de los problemas médicos como solucionables mediante un fármaco, generando así una racionalidad medicamentada; otro que aborda la prescripción como hecho

negociado y disputado, en el que se exploran las interacciones cotidianas entre médicos y dispensadores de farmacia, destacando cómo éstas se estructuran –y a veces se tensan– en torno al acto de la prescripción y dispensación de medicamento; y un tercer eje que muestra el rol del paciente como sujeto activo en la toma de decisiones terapéuticas, la adquisición selectiva de medicamentos y el uso crítico –o adaptado– de los mismos, con base en sus conocimientos, experiencias previas, criterios económicos y representaciones en torno a los medicamentos. A lo largo del texto, se presenta cómo en estos escenarios se reconfigura la autoridad médica.<sup>1</sup>

### Marco teórico

La corriente de los estudios farmacéuticos, surgida hace un par de décadas, aglutina planteamientos en torno a los medicamentos realizados por diferentes disciplinas sociales. Para este trabajo se recuperan conceptos e ideas formuladas sobre todo por la sociología médica y la antropología farmacéutica. Esta última nace a finales de los ochenta, con el objetivo de estudiar a los medicamentos en sus numerosas dimensiones, y visibilizar “diferentes elementos de su organización y otros factores relacionados como la cobertura de medicamentos, la utilización de medicamentos, su eficacia, costos de atención médica y diagnósticos de cumplimiento junto con sus consecuencias en el sistema tradicional de atención de la salud” (Banerjee, Gopalkrishna y Das 2013: 54).

Los estudios de antropología farmacéutica proponen una perspectiva multinivel para analizar los diferentes estadios vinculados a los medicamentos: producción, *marketing*, distribución, prescripción y consumo. Bajo el concepto de la *vida social de los fármacos*<sup>2</sup> (Van der Geest, Whyte y Hardon 1996), se rastrean estas etapas como una trayectoria biográfica que permite comprender cómo los medicamentos circulan y adquieren distintos significados en cada contexto. Desde su elaboración en entornos tecnológicamente especializados, los fármacos pasan por redes

mayoristas y minoristas, hasta llegar a los consumidores, quienes los usan con la expectativa de mejorar su salud.

Cada estadio en la biografía del fármaco transcurre en contextos específicos e intervienen actores diferenciados que le imprimen diferentes usos y significados. En este artículo me concentro en la fase de prescripción representada por los profesionales de la salud y sus pacientes, en la cual el medicamento es asociado como algo indispensable para el encuentro con el paciente; así como en la fase de distribución y venta en la que participan dispensadores de farmacias y sus clientes, quienes consideran al fármaco como mercancía (van der Geest 2011: 10, 15).

La prescripción, entendida como la práctica que “demuestra, a través de las recetas, el reconocimiento del médico hacia las quejas de los pacientes, así como una forma de ayudarlos” (van der Geest, Whyte y Hardon 1996: 160), es el acto principal esperado de un médico. Implica una relación entre dos actores, el médico y el paciente, por lo cual opera como una especie de contrato, donde el curador y el paciente se unen para emprender una acción común, la curación del segundo (van der Geest, Whyte y Hardon 1996: 161). Ahora bien, como se plantea en este trabajo, en los CAF la prescripción no es exclusiva de los médicos, pues se amplía a los dispensadores.

Por otro lado, se recupera el concepto de medicalización –que sostiene una estrecha relación con el concepto de medicalización– propuesto en la década de los setenta para explicar cómo la medicina moderna se constituye en un mecanismo de control social de las enfermedades y de los hábitos cotidianos generando una dependencia de la población en relación con los servicios brindados por profesionales de la salud y la industria farmacéutica (Illich 1975).

Desde hace un par de décadas se señaló que la medicalización, en su acepción clásica, ha sufrido un desplazamiento causado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la medicina contemporánea: los cambios en la organización de la profesión médica, la incorporación del mercado a la gestión y provisión de la salud, la presencia de otros actores como

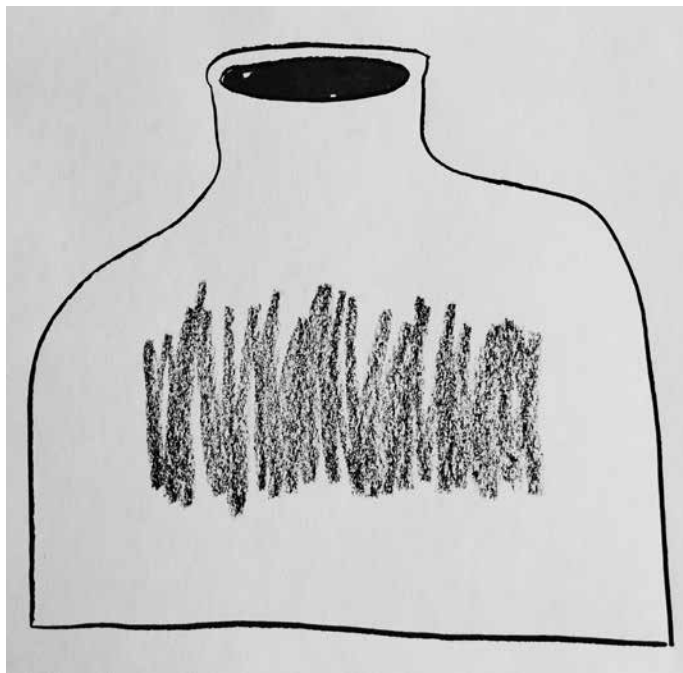
<sup>1</sup> Durante gran parte del siglo xx, la autoridad médica se consolidó bajo una lógica de deferencia social. El médico era percibido como un “agente del control social” (McKinlay y Marceau 2002), cuya palabra no se cuestionaba y cuya figura encarnaba los valores de objetividad, neutralidad y responsabilidad moral. Sin embargo, diversos procesos sociales y tecnológicos han modificado este esquema. El acceso masivo a la información, la transformación del sistema de salud hacia lógicas de mercado, la emergencia de discursos de autonomía del paciente y la aparición de nuevas fuentes de conocimiento resultado del acceso a los medios de comunicación y las nuevas tecnologías, han contribuido a una erosión de la autoridad médica en múltiples contextos (McKinlay y Marceau 2002).

<sup>2</sup> El término *vida social* es propuesto por Appadurai (1986), y se considera una “herramienta analítica útil para rastrear las ‘carreras’ de cosas materiales a medida que se mueven a través de diferentes escenarios y se les atribuye valor” (van der Geest 2011: 11).

las compañías aseguradoras, los corporativos médicos privados y la industria farmacéutica, o bien, el rol adoptado por “los pacientes como potenciales consumidores [...] (quienes desempeñan) funciones cada vez más relevantes en la medicalización” (Meneu 2018: 175).

Ante este panorama, se advierte la necesidad de reformular dicho concepto para contar con uno que permita estudiar el poder de la industria farmacéutica en las economías globales y regionales, entender la fuerza que ésta tiene en la atención médica y en su penetración en la vida cotidiana, a partir de la cercanía con los medicamentos (Busfield 2006). Es así que germina el concepto de medicamentación, acuñado por el antropólogo médico Mark Nichter, quien en 1989 lo formula para “describir los cambios acaecidos en la noción de salud en diversas culturas en las que la proliferación de medicamentos farmacéuticos y el aumento de su uso son un claro signo de que la salud se ha vuelto un objeto de consumo” (Nichter 1996). Años más tarde, sociólogos médicos británicos lo acogen y le imprimen mayor densidad teórica.

Busfield (2006) plantea que este concepto adquiere relevancia porque permite estudiar el poder de la industria farmacéutica en las economías globales y regionales, entender la fuerza que tiene en la atención médica y en su penetración en la vida cotidiana



na a partir de la cercanía con los medicamentos. En tal sentido, la medicamentación se entiende como “el proceso por el que las patologías sociales, comportamentales o corporales son tratadas o pensadas como necesitadas de tratamiento o intervenciones con medicamentos farmacéuticos” (Abraham 2010: 604).

En el presente trabajo, dicho concepto se emplea para indagar cómo los CAF promueven una racionalidad fármacocentrada, donde las medicinas son vistas como la forma idónea –o incluso única– para solucionar un amplio rango de problemas de salud (Busfield 2006: 299). Por consiguiente, se analizan las prácticas de prescripción y venta de medicamentos en un contexto en el que predomina una racionalidad medicamentada, esto es, un conjunto de representaciones sociales<sup>3</sup> y prácticas entre pacientes y médicos que giran en torno al medicamento como solución preferente, al margen de la etiología o la gravedad del padecimiento.

## Metodología

El artículo forma parte de una investigación doctoral cuyo objetivo fue analizar las condiciones estructurales que dieron lugar al surgimiento y expansión de los consultorios adyacentes a farmacias en México, así como las representaciones y prácticas sociales de personal médico y usuarios respecto a las transformaciones en la atención primaria y en la práctica de la medicina general. En este artículo me enfoco en una parte de los hallazgos obtenidos.

La investigación se realizó con una metodología cualitativa que permitió la aproximación a las representaciones sociales y prácticas de personal médico y usuarios de consultorios localizados al sur de la Ciudad de México, en la zona de los Pedregales de Coyoacán y Copilco. Aunque se trata de una misma zona geográfica, existen diferencias importantes entre sus colonias, derivadas de su historia, de la composición de su población y de sus dinámicas cotidianas. Los Pedregales de Coyoacán son el resultado de procesos de ocupación irregular de terrenos agrestes, lo que dio origen a colonias formadas mediante la autoconstrucción. Algunas de estas colonias están catalogadas con un índice de desarrollo social muy bajo,<sup>4</sup> pero colonias de Copilco, como la Romero de Terreros, registran altos índices de desarrollo social. No obstante,

<sup>3</sup> Las representaciones sociales consisten en una forma de conocimiento del mundo que se construye mediante la experiencia, y se caracteriza por ser socialmente construido y compartido por una colectividad (Jodelet 2011: 134-135).

<sup>4</sup> Gobierno de la Alcaldía Coyoacán. 2024. *Proyecto del Programa Provisional de Gobierno de la Alcaldía Coyoacán 2021/2024*. [https://coyoacan.cdmx.gob.mx/innovacion/files/Proyecto%20PGA\\_170524\\_DiGyGD.pdf](https://coyoacan.cdmx.gob.mx/innovacion/files/Proyecto%20PGA_170524_DiGyGD.pdf).

la zona en su conjunto se encuentra en una ubicación céntrica de la Ciudad de México, está urbanizada y tiene múltiples opciones de transporte público. En cuanto a servicios de salud, destaca por la alta disponibilidad de recursos tanto del sector público como del privado y por una presencia considerable de CAF.

El trabajo de campo se llevó a cabo de noviembre de 2016 a septiembre de 2017, y consistió en hacer visitas sistemáticas a doce consultorios anexos a farmacias. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante, entrevistas semiestructuradas a veintitrés pacientes, entrevistas a profundidad a veintidós médicos y a dos dispensadores de farmacia. La observación participante se hizo en las salas de espera y los consultorios, y sólo en algunos casos se extendió a los hogares de los pacientes entrevistados. Para ambas técnicas, se elaboraron guiones de observación y de entrevista cuyos puntos se conectaron con los objetivos generales y específicos definidos en el protocolo de investigación. La mayor parte de las entrevistas fueron audiograbadas, y en su totalidad fueron transcritas para procesarlas. Asimismo, se aplicó un cuestionario a 166 pacientes de los consultorios. Para este artículo, se utiliza sobre todo la información obtenida mediante las entrevistas.

Para la sistematización y análisis de la información se elaboró un listado de códigos que concentró las siguientes categorías: 1) funcionamiento de los CAF; 2) perfil de los actores; 3) personal que labora en el consultorio, perfil académico-profesional y sus experiencias en los CAF; 4) causas de utilización de los CAF, comparaciones con otros servicios de salud, evaluaciones y experiencias por parte de los usuarios; y 5) evaluación e interacción entre los actores. Con base en estas categorías, se definieron códigos por medio de los cuales se segmentó la información proveniente de las entrevistas y el diario de campo. Posteriormente, se realizaron matrices de datos y memos descriptivos, a partir de los cuales se elaboraron esqueletos preliminares del documento que fueron la base para la redacción de la tesis.

### **¿Hacia una racionalidad medicamentalizada?**

En este apartado se muestra cómo los CAF no son sólo lugares en los que puede obtenerse una atención médica rápida y accesible, sino escenarios que normalizan una práctica médica fuertemente orientada a la prescripción. Esta tendencia refuerza una expectativa, compartida por pacientes y médicos, de que la consulta debe concluir con la obtención de un medicamen-

to, concebido como prueba de la eficacia del acto médico. A la vez, esto configura a la prescripción como un acto relacional basado en negociaciones y disputas entre médicos y pacientes.

Los resultados revelan que los CAF desempeñan un papel clave en la expansión de una racionalidad medicamentalizada, esto es, una comprensión de los problemas de salud a través del uso prioritario de medicamentos. Bajo esta lógica, el medicamento se convierte en el eje de la práctica médica y un dispositivo que organiza las expectativas sobre la atención-prevención a la salud. Por tanto, la consulta médica se valora, en cierta medida, según la prescripción recibida, y la eficacia terapéutica se asocia a la obtención inmediata de un fármaco que actúe de manera visible y rápida. Ello no excluye que otros factores, como la confianza en el médico o la calidad del diagnóstico, también incidan en la valoración del servicio.

La prescripción médica en los CAF está mediada por tensiones, negociaciones y presiones dentro de la relación médico-paciente, y en la relación médico-dispensador y propietario o gerente de la farmacia. Es frecuente que los pacientes ejerzan presión sobre el médico para obtener ciertos medicamentos –en particular antibióticos o psicotrópicos de venta controlada–, lo que sitúa al profesional en un dilema constante entre ejercer su criterio clínico o ceder ante las exigencias del usuario. Tal como lo explica Mariana:

Muchas veces llegan exigiendo que les des algún antibiótico... y como es tanta la cantidad de pacientes que ves, lo menos que quieres es pelear con el paciente. Luego le dices “bueno está bien” y le terminas dando lo que él quiere... ya a las ocho de la noche lo que quiero es irme, entonces de que “sí está bien, le voy a dar antibiótico”, y le doy el más suavcito [Mariana, médica, 13 de abril de 2017].

Como se profundizará más adelante, este tipo de prácticas pone de manifiesto una transformación de la figura del paciente, quien deja de ser un receptor pasivo del tratamiento para convertirse en un paciente-consumidor, con capacidad de demandar y disputar el tipo de medicación que desea recibir (Conrad y Leiter 2004). En este modelo, el médico puede verse relegado al rol de proveedor que satisface las demandas del cliente (Timmermans y Hyeyoung 2010), lo cual reconfigura la concepción tradicional de la autoridad médica, caracterizada por ver al médico como “agente del control social” (McKinlay y Marceau 2002), cuya palabra no era cuestionada y cuya figura encarnaba los valores de objetividad, neutralidad y responsabilidad moral.

No obstante, no todos los médicos ceden ante estas presiones. Algunos buscan sostener su autoridad y convencer al paciente de que sus síntomas no justifican el uso del medicamento solicitado, aunque este esfuerzo implica tiempo, energía y la posibilidad de perder al paciente:

Tú les tienes que explicar... sobre todo en las que son virales... que esos medicamentos son antibióticos y no funcionan contra eso... Entonces la gente tiene que irse convencida de lo que les estás diciendo, para que regresen... porque a lo mejor se van, no surten la receta y ya no vuelven [Leila, médica, 15 de julio de 2017].

Este fenómeno también se manifiesta en el uso y prescripción de medicamentos controlados, como clonazepam, sertralina o diazepam. Los médicos relatan que los pacientes no sólo solicitan estos fármacos, sino que muchas veces llegan con recetas anteriores, envases vacíos o mensajes de WhatsApp de su médico de cabecera, con el fin de obtener una nueva prescripción. Aunque algunos se niegan, otros aceptan para evitar confrontaciones o porque consideran que no tienen tiempo ni margen para resistirse:

Me ha pasado que vienen y me dicen “me recetó antibiótico por teléfono mi doctor de cabecera, pero no me dio receta, entonces vengo a que me dé una receta” [...] llegan con el mensaje de WhatsApp [...] ya se los recetas tal cual, pero sí pasa mucho [Mariana, médica, 13 de abril de 2017].

En estos contextos, los CAF dejan de ser espacios exclusivamente destinados a la atención médica para convertirse en nuevos mercados de consumo farmacéutico (Tognetti Bordogna 2014), donde las decisiones clínicas que toma el personal médico se ven atravesadas por presiones comerciales, necesidades de rentabilidad, y la expectativa de “cumplir” con las demandas del paciente, como si se tratara de un “proveedor de fármacos”. Como señala Fernando:

La gente... ya cree que es médico. Entonces quieren que les des el antibiótico que ellos piden [...] Muchos jóvenes van por psicotrópicos [...] Definitivamente, toda esa gente realmente es adicta... y nosotros no estamos aquí para hacer sus medicamentos, como si fuéramos un *dealer*... Eso ha sido un mal manejo de los médicos [Fernando, médico, 19 de julio de 2017].

Las implicaciones de esto son de distinta índole. Por un lado, se produce un entorno donde se erosiona la autoridad médica, se diluyen los límites de una prescripción ética y responsable, y se refuerza un modelo de atención que favorece el consumo de medicamentos como primera –y muchas veces única– estrategia terapéutica.

Yo creo que ha generado que muchos médicos se vean más estresados por el medicamento que por dar una buena consulta y en ese ámbito hay muchas enfermedades por las que no les vas a dar el medicamento más caro y por eso no se curan, y bueno, nos empiezan a tachar de que no somos buenos médicos, que somos médicos que no saben o empiezas a perder la ética [María, médica, 3 de febrero de 2017].

Por otro lado, según explican algunos médicos entrevistados, ha contribuido a la proliferación de prácticas no reguladas y de riesgo, por ejemplo el consumo habitual de psicotrópicos sin seguimiento especializado, o el uso innecesario de antibióticos, con consecuencias potencialmente graves para la salud pública,<sup>5</sup> como se enfatiza en el siguiente testimonio:

Ha fomentado muchas cosas malas, como la mala medicación, eso es algo muy, muy, muy grave y muy malo que la gente no alcanza a comprender bien [...] Y es algo que me he dado cuenta que es muy fácil de caer, muchos que yo he recibido aquí que vienen tratados de otras farmacias, vienen y ya les pusieron muchísimos medicamentos, o que vienen a las inyecciones, que traen su ceftriaxona, medicamentos para que yo se los ponga y veo sus recetas y digo “no puede ser que alguien esté recetando esto”, por ejemplo, lo que ponen mucho inyectado es ceftriaxona que es un genérico de tercera generación para infecciones muy graves [Leila, médica, 15 de julio de 2017].

Los CAF no sólo representan un modelo alternativo de atención médica de bajo costo, sino que actúan como dispositivos que institucionalizan y reproducen una racionalidad medicamentalizada, donde el medicamento constituye la piedra angular del acto terapéutico. Esta lógica transforma la consulta médica en un acto orientado a la prescripción, esperado tanto por pacientes como por algunos médicos, quienes internalizan que el valor de su práctica está vinculado a la entrega de un fármaco visible e inmediato.

---

<sup>5</sup> Esto representa un problema de gran relevancia en el contexto actual en la medida en que contribuye al aumento de la resistencia antibacteriana, amenaza a la salud global que para el año 2050 se prevé como una causa de mortalidad mayor a la provocada por cáncer (ops 2022).

En este contexto, la relación médico-paciente se reconfigura como una negociación marcada por presiones, disputas y expectativas de consumo. Así, el paciente deja de ser un sujeto pasivo para convertirse en un agente que demanda, evalúa y, en ocasiones, impone el tipo de medicación que desea recibir (Conrad y Leiter 2004). Lo anterior tiene como efecto una paulatina erosión de la autoridad médica, al someter el criterio clínico a exigencias mercantiles, además de que normaliza la prescripción de antibióticos o psicotrópicos sin necesidad clínica. A su vez, esta dinámica conduce a prácticas de medicación poco reguladas, con repercusiones éticas y de impacto en la salud pública.

### **Entre la consulta y el mostrador: el rol del dispensador de farmacia**

Históricamente, la farmacia en México ha desempeñado un papel relevante en los procesos de atención médica, en especial en sectores populares que carecen de acceso a servicios públicos. Antes de la proliferación de los CAF, era común que las personas acudieran directo a la farmacia para obtener diagnóstico y tratamiento, sin la mediación de un médico. Diversos estudios previos a los CAF documentan al dispensador como figura de confianza, que prescribía medicamentos apoyándose en referencias culturales y creencias etnomédicas compartidas con los pacientes, lo cual reforzaba su legitimidad (Young 1981; Logan 1988; Leyva-Flores *et al.* 1998).

Este trasfondo ayuda a entender la acelerada expansión de los CAF, los cuales respondieron a una demanda social preexistente que concebía la farmacia como espacio de atención primaria informal. Como señala Menéndez (2009), las farmacias forman parte de las estrategias de autoatención de la población. Con el surgimiento de los CAF, las farmacias continúan siendo parte de dichas estrategias, entre las cuales el dispensador sigue teniendo un rol importante, aunque con algunos cambios. En este apartado, me enfoco en el papel del dispensador en las prácticas de prescripción y venta de medicamentos en los CAF, y en las relaciones negociadas y disputadas que se establecen entre dispensadores, médicos y pacientes.

A raíz de la expansión de los CAF, el papel del dispensador ha sufrido grandes transformaciones: de prescriptor principal ha pasado a ser prescriptor secundario, asumiendo nuevas funciones operativas en el conjunto farmacia-consultorio. En varias farmacias, el dispensador controla la apertura y cierre del consultorio, reporta ausencias médicas y mantiene el espacio:

Mi función más importante es despachar [...] acomodar los medicamentos, cobrar, revisar qué hace falta, anotar cuando me piden que haga el pedido, canalizar a la gente con el médico, surtir las recetas del médico, limpiar... decir al médico qué tiene que hacer (risas) [María, dispensadora, 24 de enero de 2017].

Además, en farmacias independientes o “de barrio”, donde la regulación es más laxa, los dispensadores continúan recomendando medicamentos:

Sí, llegan (los clientes) y me dicen “¿qué me recomiendas para la infección?”, pues digo “oiga, yo no le puedo recomendar nada para la infección porque lo que tiene que hacer es ir al médico, necesita antibióticos”, y yo no puedo vendérselos [...]. Es muy común que pase [María, dispensadora, 24 de enero de 2017].

Aunque algunos dispensadores rechazan prescribir, otros lo hacen mediante prácticas ambiguas:

Cliente: “¿Tiene Terramicina?”

Graciela (dispensadora): “No tenemos...”

Cliente: “¿No tiene algo parecido?”

Graciela: “Mmm... pues tengo Loperamida que es parecida” [Diario de campo, 5 de febrero de 2017].

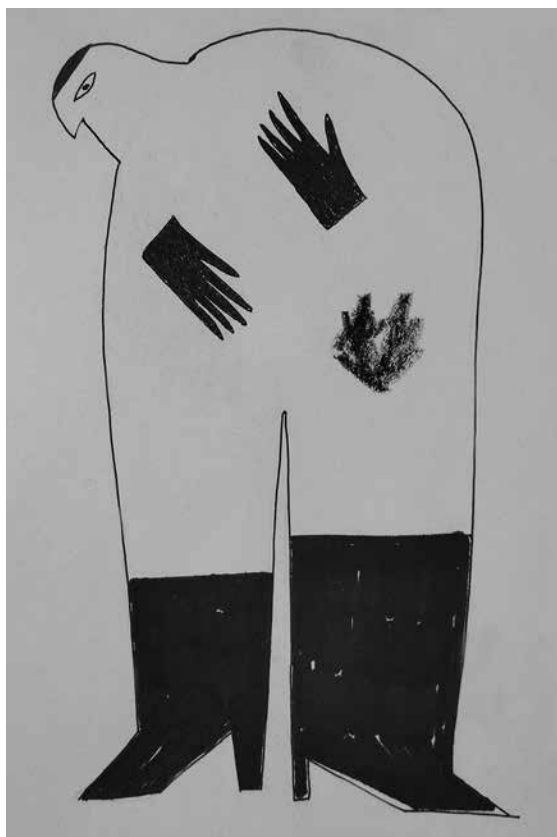
Estas prácticas, como han advertido Leyva-Flores, Bronfman y Erviti (2000), pueden derivar en iatrogenias medicamentosas que elevan la morbimortalidad por consumo inadecuado (Ugalde y Homedes 2011). Si bien es una cuestión que futuras investigaciones antropológicas tendrían que continuar indagando, existen trabajos que han identificado que en muchos casos la prescripción por parte de los dispensadores es errónea (Wirtz *et al.* 2011: 74), pues éstos no suelen estar “formalmente cualificados para diagnosticar y prescribir” (Seeberg 2012: 193).

Por otro lado, la relación entre médicos y dispensadores también influye en las decisiones prescriptivas. Aunque la normativa oficial de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) exige la separación entre consultorio y farmacia, en la práctica hay cooperación tácita, más aún cuando existen sistemas de compensación por venta. En tales circunstancias, los encargados sugieren medicamentos específicos a los médicos, incentivados por comisiones. Aunque en términos formales el médico mantiene la autoridad sobre la prescripción, estas sugerencias generan presiones sutiles, sobre todo para asegurar que exista una relación armónica entre ambas partes, basada en acuerdos mutuos centrados en una lógica de intercambio (Seeberg 2012).

Ellos (dispensadores) me dicen: “Ayúdeme para llegar a mis metas”. Les receto las vitaminas o lo que sea, pero, si no, lo que hago es que si es de la garganta les mando vitamina C y al paciente le digo: “Si tú te vas a tomar tus juguitos de naranja, mandarina, dale, pero si no te los vas a tomar cómprate la vitamina C que quieras”. O sea, tampoco les hago el “*coco wash*” de “tienes que comprarla aquí”, pero ya si el de la farmacia sabe hacer su venta y los convence [Diego, médico, 14 de marzo de 2017].

En otros casos, los médicos son más críticos con estas recomendaciones, y con el hecho de que los dispensadores también operen como prescriptores:

En un principio estos jóvenes venían y me decían “oiga doc, ¿por qué no receta esto?”, pero yo no voy a recetar lo que tú me digas, ni lo que diga el paciente [...]. Quieren que llene la receta porque ahí está la ganancia, porque ellos tienen comisiones, y no se vale que una persona que no tiene recursos se le haga comprar cuatro medicamentos cuando nada más necesita dos [...] Esta gente a la que le dan un cursillo de tres o seis meses... se creen médicos [...] Una vez llegó un hombre con un codo hinchado... y él cuate de la farmacia le dice: “Ahorita le voy a dar su glucosamina” [...] El señor traía una artritis gotosa y eso no se trata con glucosamina [Vicente, médico, 10 de julio de 2017].



Estos testimonios ilustran la disputa por la autoridad médica en los CAF: mientras para el médico la prescripción es un acto clínico basado en el diagnóstico, para el dispensador puede ser una estrategia comercial orientada a maximizar ventas. Retomando a van der Geest, Whyte y Hardon (1996), los medicamentos tienen una “vida social” que trasciende su función farmacológica, transcurriendo en contextos específicos y con la intervención de actores diferenciados que le imprimen diferentes usos y significados. En el contexto estudiado, la prescripción se convierte en un objeto de disputa entre curar y vender.

Asimismo, aun cuando el médico es el prescriptor formal, su autoridad se relativiza de forma constante: los pacientes modifican las recetas según sus posibilidades económicas; los dispensadores median, validan o ajustan tratamientos; y la presión del mercado influye en las decisiones clínicas. Esto genera relaciones ambivalentes, marcadas por la cooperación mutua, pero también por una suerte de competencia simbólica, económica y profesional.

En síntesis, los CAF no erradicaron las prácticas previas de prescripción informal. Más bien, instauraron un nuevo régimen de negociación donde coexisten distintas formas de autoridad, articuladas por lógicas tanto terapéuticas como mercantiles. Aquí, prescripción médica ya no es únicamente una atribución del saber biomédico, sino un acto relacional, disputado y mercantilizado. La autoridad médica se vuelve relativa, fragmentada y desafiada; y la dispensación no sólo se limita a la venta de fármacos, sino que también se constituye como un espacio donde se negocia la prescripción médica.

### **El paciente como sujeto activo en la prescripción, adquisición y consumo de fármacos**

Williams, Martin y Gabe (2011) plantean que una de las dimensiones del proceso de medicalización de la sociedad consiste en el papel activo que adoptan los pacientes en el encuentro clínico, en particular en lo que respecta a la prescripción y uso de medicamentos. Dicho proceso supone una mercantilización de la salud, que promueve la “tendencia de tratar a la salud como un estado que uno puede obtener a través del consumo de mercancías, llamadas, medicinas” (Nichter 1996: 269), en el cual el paciente adopta también el rol de consumidor con la capacidad de tomar decisiones respecto a su proceso terapéutico.

En este apartado se explora cómo los pacientes evalúan la prescripción médica en los CAF y cómo llevan

a cabo prácticas de adquisición y consumo de los medicamentos prescritos, mostrando su condición de agentes que, en muchos casos, conocen los riesgos y beneficios de ciertos tratamientos, y toman decisiones informadas sobre qué medicamentos consumir (Tognetti Bordogna 2014); o bien, que pueden acceder a otra prescripción dada por el médico de otra farmacia.

Con base en los hallazgos de campo, se identificó una tendencia a que los pacientes evalúen la calidad de la consulta en función de tres aspectos: la disposición y empatía del médico, lo acertado del diagnóstico y la eficacia del tratamiento. Si bien es la articulación de estos elementos lo que, desde la perspectiva de los pacientes, define la calidad de la consulta, la eficacia del tratamiento prescrito resulta esencial. Al respecto, cabe mencionar que existe una expectativa de que dicho tratamiento sea farmacológico, y que los fármacos recomendados tengan un efecto inmediato y sean accesibles. De no ser así, es común que el paciente exprese su inconformidad dentro o fuera de la consulta.

También puede ocurrir un rechazo del paciente al medicamento prescrito cuando se le considera dañino, como se observó en el caso de un paciente diabético al que se le prescribió un jarabe antitusivo que él percibió como demasiado dulce. Por ese motivo, decidió consultar nuevamente al médico, pues tenía la sospecha de que éste no había considerado su condición al momento de recetar. Aunque al final acudió para verificar si podía tomar el jarabe, ello deja ver una duda respecto a la atención recibida y el medicamento prescrito. De igual modo, Jessica explica su inconformidad sobre el tratamiento recibido:

Yo tengo síndrome de Marfan. Justo por eso no vamos muy seguido (a los CAF), porque muchos de los farmacéuticos no tienen el conocimiento de muchas enfermedades. Una vez, por ejemplo, tenía yo gripa, fui a una farmacia y me recetaron algo para el fluido nasal, o sea para que no te esté escurriendo todo el tiempo. Y la sustancia se llama pseudoefedrina y lo que hace es que te da taquicardia si tienes un padecimiento cardiaco. Yo le dije a la doctora que tenía Marfan, pero no sé si no conocía de fondo la enfermedad, o le valió y me la recetó. Entonces regresé al otro día y le dije: "Oye, me está dando taquicardia tu medicamento". Dijo: "Ay, es que no me dijiste que estabas mal del corazón". Le dije: "Bueno, es que pensé que lo entendías cuando te dije que tenía Marfan". Dijo: "Ah, no la conozco" [Jessica, paciente, 30 de marzo de 2017].

Este tipo de cuestionamientos puede generar pugnas o desacuerdos con los médicos, lo cual genera una

percepción en los médicos de que los CAF propician un desplazamiento del saber y la autoridad médica. En cierta medida, esto se manifiesta en las actitudes de los pacientes: que tengan una actitud displicente, cuestionen sus diagnósticos y tratamientos, o acudan sólo para obtener una prescripción de acuerdo con su criterio.

Esta posibilidad de negociación es llevada más allá del consultorio: al encuentro con el dispensador. Los hallazgos de campo muestran cómo el paciente pone en práctica un rol activo al momento de adquirir los medicamentos. Así, pese a que la receta contenga varios fármacos, no necesariamente implica que todos serán comprados, y menos aún consumidos. Sobre el tema, se identificaron varios criterios que entran en juego, tales como el costo y la función del medicamento, o bien si ya se tiene en el hogar:

Bueno el ibuprofeno que nos receta para los niños, pues no siempre se termina, y como es tratamiento de tres días, hace ocho días que llevé a mi niño, le recetaron y ayer le recetaron a la niña, y como él no se lo terminó, ya no lo compro, y ya sólo compro lo que me hace falta. El que sí compro siempre es el antibiótico [Amanda, paciente, 14 de junio de 2017].

Yo digo que si me lo recetan es porque lo necesito, ¿no? Pero a veces recetan casi lo mismo [...] si yo sé que un medicamento también sirve para la fiebre y el dolor de cabeza, prefiero comprar ése, y hay veces que no compro alguno [...] cuando veo que son innecesarios o si no llevo tanto dinero, tampoco [Eugenia, paciente, 24 de enero de 2017].

En tal sentido, una de las dispensadoras entrevistadas menciona que, por lo común, los pacientes no solicitan todos los medicamentos de la receta:

Lo que se lleva la mayoría es generalmente el antibiótico y algo que les quite el dolor... Evitan los medicamentos que sólo les sirven para los síntomas, por ejemplo, si les recetan claritromicina para la infección y jarabe para la tos y otra cosa para la fiebre, se llevan el de la fiebre y el antibiótico [María, dispensadora, 24 de enero 2017].

Asimismo, opera una racionalidad económica y práctica que también se expresa en las estrategias de compra diferida. En lugar de adquirir el tratamiento completo al momento de salir de consulta, algunas personas optan por comprar las dosis día a día, según su disponibilidad económica. Esto fue evidente en el caso de Amanda, quien, ante la prescripción de ceftriaxona para sus hijos, decidió comprar sólo las

ampolletas necesarias para ese día, esperando el pago de la quincena de su esposo para completar el tratamiento. Otro caso es el de Gloria, quien, al recibir una receta con inyecciones costosas para una contractura muscular, optó por un tratamiento casero –una bolsa de agua caliente y diclofenaco– argumentando que esperaba un tratamiento económico al acudir a un CAF, y no uno que habría podido recibir con un médico privado.

Otro criterio al momento de adquirir el medicamento se refiere al tipo de fármaco, es decir, si es genérico o de patente:

Cuando es una enfermedad ya medio cañona,<sup>6</sup> patente. Luego, aunque vengo aquí a la consulta y me dicen que es esto, ya me voy a la de patente y compro ahí. Sí, o sea, digo, no, ya de volada porque no me quiero tardar mucho o por lo menos mis nietos sí toman de patente, del similar no [Carmen, paciente, 29 de marzo de 2017].

Pues ya últimamente no compro patente, ya me voy al genérico porque sale más barato, y a lo mejor tarda un poco más pero sí te hace efecto [Edith, paciente, 29 de marzo de 2017].

Al respecto, se identificó que a cada tipo de medicamento se le atribuye una diferente efectividad, considerando a los genéricos y/o “similares” como medicamentos menos eficaces que los de patente, lo cual se atribuye a diferencias en su composición y calidad. Normalmente, se considera que son medicamentos cuyo principio activo se encuentra en menor cantidad, por lo cual tienen una dosis más “rebajada”. Esto da pie a plantear que la eficacia o identidad de un fármaco no se reduce a su ingrediente activo (Hayden 2022; Osorio 2020), sino a la posición que éste ocupa dentro de un contexto más amplio, lo cual le brinda determinados significados y usos.

En estos ejemplos, puede observarse que la compra y consumo de medicamentos están mediados por el juicio personal del paciente, que evalúa no sólo la indicación médica, sino también su situación económica, su experiencia previa, los conocimientos que se tienen sobre los medicamentos y su expectativa frente a la consulta. Por ello, los antibióticos tienden a ser considerados como prioritarios, mientras que analgésicos, antipiréticos, desinflamatorios o suplementos vitamínicos con frecuencia son descartados. Estos últimos sólo se adquieren cuando el paciente piensa

que son imprescindibles, como en el caso de niños o en situaciones de debilidad o mayor gravedad.

Todo esto evidencia una forma de agencia compleja, que no se reduce a aceptar o rechazar una indicación, sino que se despliega a lo largo de distintas etapas del proceso terapéutico: desde la negociación en la consulta, pasando por la selección de qué medicamentos comprar, hasta la decisión sobre su consumo. Esta agencia también se sustenta en la posibilidad de acudir a otro médico en caso de insatisfacción con la receta. Ante la abundancia de CAF, los pacientes saben que con facilidad pueden cambiar de consultorio para obtener una prescripción más acorde con sus expectativas. Como relataron varios médicos, es común que, sobre todo para ciertas afecciones como gripes, si el tratamiento no incluye cierto medicamento –sobre todo antibióticos–, los pacientes acudan a otro consultorio en busca de una receta distinta.

En tal sentido, afirmar que en los CAF existe una sistemática sobreprescripción resulta problemático. Aunque muchas recetas incluyen entre dos y cuatro medicamentos, como mostró el cuestionario realizado, esto no garantiza su consumo efectivo. Las decisiones de compra y consumo están atravesadas por criterios propios del paciente, quien filtra, negocia y adapta las indicaciones médicas a sus posibilidades, conocimientos y necesidades.

## Conclusiones

Este artículo plantea que los consultorios adyacentes a farmacias operan como catalizadores de procesos de medicamentación de la salud. No se trata sólo de espacios que facilitan el acceso a un diagnóstico y tratamiento, sino de escenarios que contribuyen de manera activa a consolidar una cultura médica centrada en el fármaco como respuesta principal –y muchas veces inmediata– a los problemas de salud. Al integrar en un mismo lugar la atención médica y la venta de medicamentos, los CAF refuerzan una lógica compartida entre pacientes, médicos y dispensadores, en la cual la prescripción se convierte en el núcleo prioritario de la consulta, y el valor terapéutico del acto médico se mide, en parte, por la cantidad, tipo o potencia del medicamento recetado.

Por ende, los CAF se configuran como escenarios donde la prescripción de medicamentos no se limita a una decisión clínica, sino que es un hecho negociado

---

<sup>6</sup> El término “medio cañona” se refiere a una expresión coloquial utilizada en el centro de México para referirse a algo complicado, en este caso, a una enfermedad de mayor gravedad y que requiere de cuidados especiales.

entre diversos actores: médicos, pacientes, empresarios, gerentes y dispensadores. Las interacciones cotidianas entre estos actores revelan tensiones en torno al acto de prescribir, vender y consumir medicamentos, y permiten observar cómo la autoridad médica se ve continuamente desafiada y reconfigurada bajo lógicas mercantiles. Por lo tanto, se presenta cómo la prescripción forma parte de una “puesta en escena” esperada en el encuentro clínico, donde se ponen en juego tanto el saber médico como la expectativa de prescripción en cuanto validación de la consulta.

De igual modo, también se muestra cómo las dinámicas de medicamentación y mercantilización de la salud generan cambios en la autoridad médica tal como se concibió por décadas. Así, el saber médico está en constante negociación, y puede ser cuestionado o subordinado a las exigencias del paciente, de los dispensadores y los empresarios de las farmacias. Por tanto, la autoridad médica se encuentra tensionada por una doble presión: la del mercado –que promueve una relación médico-cliente– y la de un paciente que ya no se limita a “obedecer”, sino que demanda, elige o disputa tratamientos, incluso prescripciones específicas (Conrad 2007). En los CAF, donde el medicamento es el principal producto del encuentro clínico, la relación médico-paciente está atravesada por expectativas de prescripción específicas, derivadas de experiencias previas, conocimientos populares, ideologías sobre la enfermedad y posibilidades materiales (Méndez 2009).

A su vez, se da cuenta del cambio en el rol del paciente, quien deja de ser sujeto pasivo en la toma de decisiones terapéuticas y despliega una racionalidad pragmática en torno al uso de medicamentos, sustentada en experiencias personales de enfermedad, conocimientos adquiridos empíricamente, estrategias familiares, representaciones sobre los medicamentos y criterios económicos. Los pacientes emergen como actores críticos, selectivos y estratégicos en la gestión de su salud, aunque, sin duda, estas características serán variables en función del perfil de los usuarios y del contexto donde se encuentren los CAF. Quizá, en contextos rurales esta agencia tiene otras limitantes.

A lo largo de este trabajo se ha puesto énfasis en un proceso que no es exclusivo del contexto mexicano, y que consiste en la paulatina conformación de sistemas de atención a la salud públicos y privados que se han convertido en sistemas farmacéuticamente centrados, cuyos éxitos y fracasos se miden de acuerdo con su capacidad para asegurar un acceso ilimitado a productos farmacéuticos (Bielli, Bacci y Bruno 2023; Biehl 2007). Esta tendencia conduce a reflexionar sobre cuestiones que, en mayor o menor medida,

son traídas a la discusión del artículo, por ejemplo el preguntarse hasta qué grado la masificación de un servicio médico con las características de los CAF puede favorecer la accesibilidad a un servicio de salud, pero a la vez propiciar un mayor consumo de medicamentos o, más aún, la construcción de nuevas subjetividades y experiencias respecto al proceso salud-enfermedad-atención-prevención (s-e-a-p), donde el daño a la salud se ve como algo que puede ser reparado mediante un fármaco. Al respecto, otras investigaciones ya han abordado esta problemática al referir a la emergencia de un sujeto farmacológico (Bielli, Bacci y Bruno 2023) o una persona farmacéutica (Martin 2006), por lo que es necesario seguir ahondando en esta temática.

Cierro este trabajo aludiendo a algunas vetas para futuras investigaciones. En primer lugar, se plantea la necesidad de etnografías que indaguen en el consumo y la eficacia del medicamento, a modo de conocer las prácticas que los sujetos llevan a cabo en los hogares respecto al consumo de medicamentos y su percepción de eficacia, el último estadio en la vida del fármaco.

Asimismo, es necesario profundizar en un tema poco desarrollado en este artículo, esto es, las representaciones y prácticas sobre los medicamentos genéricos y de patente. Si bien es una línea de investigación que ha sido explorada por Hayden (2022), quien analiza la emergencia del mercado de genéricos en México, y cómo esto genera prácticas y discursos políticos lanzados en nombre del interés público, a la vez que representa una cuestión sobre la cual debe indagarse para comprender mejor las prácticas de adquisición, consumo y eficacia de los pacientes-consumidores.

## Fuentes

- Abraham, John. 2010. “Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions”. *Sociology* 4, núm. 44: 603-622.
- Appadurai, Arjun. 1986. *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, David. 2000. “The educated patient: New challenges for the medical profession”. *Journal of Internal Medicine* 247: 6-10.
- Banerjee, Abhradip, Chakrabarti Gopalkrishna y Arnab Das. 2013. “A new beginning in medical anthropology: Scope and relevance of pharmaceutical anthropology in India”. *Eurasian Journal of Anthropology* 2, núm. 4: 51-57.
- Basile, Gonzalo y Oscar Feo. 2022. *Las tres ‘D’ de las vacunas del Sars-Cov-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación*. Edición Especial-Dossier de Salud Internacional Sur Sur. S/1: Ediciones GT Salud Internacional Clacso.

- Bautista-Arredondo, Sergio A., Alejandra Vargas-Flores y Marco A. Colchero-Aragón. 2024. "Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006-2023". *Salud Pública de México* 66, núm. 4: 589-597. doi: <https://doi.org/10.21149/16215>.
- Biehl, João. 2007. "Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics". *Anthropological Quarterly* 80, núm. 4: 1083-1126. <https://www.jstor.org/stable/30052774>.
- Bielli, Agustina, María Paula Bacci y Gabriela Bruno. 2023. "Subjetividades farmacológicas contemporáneas: Lucía, una existencia al límite". *Revista Cultura y Droga* 28, núm. 36: 107-127. doi: <https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.36.5>.
- Busfield, Joan. 2006. "Pills, power, people: Sociological understanding of the pharmaceutical industry". *Sociology* 49, núm. 2: 297-314.
- Colchero, María Arantxa, Rousseline Gómez, José Luis Figueroa, Alejandra Rodríguez-Atristain y Sergio Bautista-Arredondo. 2020. "Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018". *Salud Pública de México* 62, núm. 6: 851-858. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11547>.
- Conrad, Peter. 2005. "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior* 46: 3-14.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter y Valerie Leiter. 2004. "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behavior* 45, núm. extraordinario: 158-176.
- Greene, Jeremy A. y Sergio Sismondo. 2015. "Introduction". En *The Pharmaceutical Studies Reader*, editado por Sergio Sismondo y Jeremy Greene, 1-16. Chichester: Wiley Blackwell.
- Hayden, Cori. 2022. *The Spectacular Generic. Pharmaceuticals and the Simipolitical in Mexico*. S/I: Duke University Press.
- Illich, Ivan. 1975. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jodelet, Denise. 2011. "Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación". *Espacio Blanco. Serie Indagaciones* 21, núm. 1: 133-154.
- Leyva-Flores, René, Mario Bronfman y Juan Erviti. 2000. "Simulated clients in drugstores: Prescriptive behavior of drugstore attendants". *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 17: 151-158.
- Leyva-Flores, René, Joaquina Erviti, María de la Luz Kageyama y Armando Arredondo. 1998. "Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México". *Salud Pública de México* 40, núm. 1: 24-31.
- Logan, Kathleen. 1988. "'Casi doctor': Pharmacists and their clients in a Mexican urban context". En *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, editado por Sjaak Van der Geest y Susan Reynolds Whyte, 107-129. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- López Arellano, Oliva y Edgar Jarillo-Soto. 2017. "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano". *Cadernos de Saúde Pública* 33, supl. 2: 1-13.
- Martin, Emily. 2006. "The Pharmaceutical Person". *BioSocieties* 1: 273-287. doi: <https://doi.org/10.1017/S1745855206003012>.
- McKinlay, John y Lisa Marceau. 2002. "The end of the Golden age of doctoring". *International Journal of Health Services* 32, núm. 2: 379-416.
- Menéndez, Eduardo. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Meneu, Ricardo. 2018. "La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la medicamentación". *Farmacia Hospitalaria* 42, núm. 4: 174-179.
- Nichter, Mark. 1996. "Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition". En *Anthropology and International Health. Asian Case Studies*, coordinado por Mark Nichter y Mimi Nichter, 265-326. S/I: University of Arizona Press.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2022. *La resistencia a los antimicrobianos, acelerada por la pandemia de COVID-19. Síntesis de política, noviembre del 2021*. S/I: Organización Panamericana de la Salud.
- Osorio, Rosa María. 2020. *The network of doctor's offices in pharmacies. Towards the privatization of the first level of care in Mexico*. En *Medicamentos, cultura y sociedad*, compilado por Johanna Fröhlich Zapata, Cecilia García y Oriol Romani, 97-114. Tarragona: Publicaciones URV.
- Petryna, Adriana y Arthur Kleinman. 2006. "The pharmaceutical nexus". En *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, editado por Adriana Petryna, Andrew Lakoff y Arthur Kleinman, 1-32. Durham: Duke University Press.
- Seeberg, Jens. 2012. "Connecting pills and people: An ethnography of the pharmaceutical nexus in Odisha, India". *Medical Anthropology Quarterly* 26, núm. 2: 182-200. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2012.01100.x>
- Timmermans, Stefan y Oh Hyeyoung. 2010. "The continued social transformation of the medical profession". *Journal of Health and Social Behavior* 51: 94-106. doi: <https://doi.org/10.1177/0022146510365244>.
- Tognetti Bordogna, Mara. 2014. "From medicalisation to pharmaceuticalisation: A sociological overview. New scenarios for the sociology of health". *Social Change Review* 12, núm. 2: 119-140. doi: <https://doi.org/10.1515/scr-2015-0007>.
- Ugalde, Antonio y Nuria Homedes. 2011. "Introducción. Las farmacias y los farmacéuticos, presente y futuro". En *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso de medicamentos en América Latina*, compilado por Antonio Ugalde y Nuria Homedes, 9-21. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Van der Geest, Sjaak. 2011. "The urgency of pharmaceutical anthropology: A multilevel perspective". *Curare* 34, núm. 1+2: 9-15.
- Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte y Anita Hardon. 1996. "The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach". *Annual Review of Anthropology* 25: 153-178. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.25.1.153>.
- Vera, Rodrigo. 2022. "Los consultorios de las farmacias: un gran negocio a expensas de enfermos y médicos". *Proceso*, 9 de septiembre. <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2022/9/9/los-consultorios-de-las-farmacias-un-gran-negocio-expensas-de-enfermos-medicos-293025.html>.
- Williams, Simon J., Paul Martin y Jonathan Gabe. 2011. "The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis". *Sociology of Health & Illness* 33, núm. 5: 710-725. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>.
- Wirtz, Veronika et al. 2011. "Organización y funcionamiento de las farmacias en México". En *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso de medicamentos en América Latina*, organizado por Antonio Ugalde y Nuria Homedes, 59-81. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Young, James Clay. 1981. *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick: Rutgers University Press.