

# “No soy vendedora de medicamentos, soy médico”. La prescripción médica en los consultorios adyacentes a farmacias, juego de tensiones y negociaciones

Moran-Pérez, A. V. (2022). “No soy vendedora de medicamentos, soy médico”. La prescripción médica en los consultorios adyacentes a farmacias, juego de tensiones y negociaciones. *Revista Cultura y Droga*, 27(33), 163-184. <https://doi.org/10.17151/culdr.2022.27.33.8>



Ana Victoria Morán-Pérez\*

Recibido: 1 de septiembre de 2021

Aprobado: 1 de octubre de 2021

## Resumen

Con la expansión de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en México, surge la necesidad de indagar cómo ocurre la prescripción de medicamentos en estos establecimientos, ello a causa de la consustancial vinculación entre consultorio y farmacia, característica central de los CAF. Este artículo tiene el objetivo de describir las prácticas de prescripción en consultorios adyacentes a farmacias ubicados al sur de la Ciudad de México, y analizar las determinantes que influyen en éstas, así como los significados que el personal médico atribuye a esta actividad. Se utilizó una metodología cualitativa bajo la cual se realizaron entrevistas a profundidad y conversaciones informales que recuperan las perspectivas de 22 médicos sobre el acto prescriptivo. Se muestran los factores que determinan los criterios para prescribir, la existencia de posibles conflictos de interés y las tensiones-negociaciones —entre médicos, pacientes, dispensadores y propietarios de la farmacia— que están articuladas en torno a los medicamentos. Las conclusiones apuntan a que los CAF son un espacio donde convergen actores con intereses y expectativas diferenciales pero que comparten un referente en el medicamento, en tanto objeto-proceso polisémico y multidimensional. Asimismo, se concluye que estos consultorios cumplen una función doble: brindar atención a la salud, a la vez que constituirse como nuevos mercados de consumo farmacéutico.

\* Posdoctorante, CIESAS-Pacífico Sur Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México. E-mail: ana00.moran@gmail.com.  [orcid.org/0000-0002-9306-899X](https://orcid.org/0000-0002-9306-899X).  **Google Scholar**



**Palabras clave:** medicamentos, industria farmacéutica, farmacia, prescripción, personal médico.

## **“I do not sell medicines, I am a doctor”. Medical prescription in doctors’ offices adjacent to pharmacies, game of tensions and negotiations**

### **Abstract**

The expansion of the doctors’ offices adjacent to pharmacies (OAPs) in Mexico, the need to investigate how physicians prescribe medicines in these establishments has increased due to the inherent link between clinic and pharmacy, central characteristic of the OAPs. This article aims at describing prescribing practices in doctors’ offices adjacent to pharmacies located south of Mexico City, and analyze the determinants that influence them, as well as the meanings that physicians attribute to this activity. A qualitative methodology was used under which in-depth interviews and informal conversations that gathered the perspectives of 22 doctors on the prescriptive act. The factors that determine the criteria for prescribing, the existence of possible conflicts of interest and the tensions-negotiations —between doctors, patients, dispensers and pharmacy owners— that are articulated around medicines are shown. The conclusions suggest that OAPs are spaces where actors with different interests and expectations converge but who share a reference in medicines, as a polysemic and multidimensional object-process. Likewise, it is concluded that these doctors’ offices fulfill a double function: to provide health care while, at the same time, becoming new markets for pharmaceutical consumption.

**Key words:** medicines, pharmaceutical industry, pharmacy, prescription, medical personnel.

## Introducción

“El medicamento es visto como la esencia de la práctica médica, la prescripción es lo principal esperado de un médico” (Van Der Geest *et al.*, 1996, p. 160).

En la última década, se expandieron en México los consultorios adyacentes a farmacias (CAF),<sup>1</sup> un sistema de atención privado cuyos rasgos distintivos son los cortos tiempos de espera, el bajo costo de la consulta, y su ubicación junto a una farmacia (López-Manning y García-Díaz, 2017, p. 81). Aunque surgieron en 1997, su crecimiento se dio a partir del año 2010,<sup>2</sup> por lo cual en 2021 se estimó la existencia de 18,000 consultorios en todo el país (Heraldo, 2021). La proliferación de los CAF en los últimos años está vinculada a múltiples condiciones, entre las cuales se encuentran la precarización, fragmentación y desfinanciamiento del sistema nacional de salud; la creciente privatización de los servicios de salud; la implementación de nuevas políticas en el acceso a los medicamentos; y el robustecimiento de la industria farmacéutica global y nacional.

Los consultorios adyacentes a farmacias modificaron los patrones de utilización de servicios de salud ambulatorios, con una disminución en el uso de los servicios de salud públicos de primer nivel de atención y un incremento de los servicios privados (Colchero *et al.*, 2020). La amplia demanda de consulta por parte de diversos sectores de la población para atender problemas de salud, ha obligado a producir literatura académica que indague diferentes aspectos relacionados a este sistema de atención.

Entre los asuntos que han generado interés se encuentran los posibles riesgos de sobreprescripción de medicamentos y conflictos de interés,<sup>3</sup> en la medida que su característica central es la vinculación entre el consultorio y la farmacia (Funsalud, 2014; Pérez-Cuevas *et al.*, 2016; Díaz-Portillo, 2017). Algunos trabajos han demostrado la existencia de incentivos económicos hacia los médicos (Chu & García Cuellar, 2007, p. 11; Leyva y Pichardo, 2012; Rubli, 2017;

---

<sup>1</sup> A lo largo del artículo, se utilizarán otros términos como consultorios anexos a farmacias o consultorios de farmacias para denominar a estos servicios.

<sup>2</sup> Como se desarrolla más adelante, este incremento se debe, entre otras razones, a la instauración en ese año de una ley que prohíbe la venta de antibióticos sin receta médica, lo que obliga a muchas farmacias a instalar de forma contigua un consultorio médico para no ver afectadas sus ventas.

<sup>3</sup> El conflicto de interés ocurre cuando se entra en arreglos que pueden atraer al médico para dejar de lado como prioridad la salud del paciente, a favor de intereses secundarios, tales como intereses financieros (Brody, 2010 en Pérez-Cuevas *et al.*, 2014, p. 7).

Díaz Portillo *et al.*, 2017; Funsalud, 2014); al igual que un amplio conocimiento del médico sobre los medicamentos disponibles en la farmacia (Díaz Portillo *et al.*, 2015); y han evidenciado una mayor prescripción de medicamentos en estos establecimientos que en los servicios de salud públicos (Pérez-Cuevas *et al.*, 2014, p. 7).

Estas preocupaciones están ligadas a una inquietud generalizada sobre los riesgos sanitarios derivados del incremento en el consumo de antibióticos, y los efectos que pueden tener en el desarrollo de resistencias bacterianas.<sup>4</sup> Se calcula que en el mundo, la mitad de los antibióticos se utilizan de forma inadecuada, afectando la salud de las personas, pues generan “mayor riesgo de reacciones adversas y contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana” (INSP, 2018).

La relación entre la venta de antibióticos y consultorios adyacentes a farmacias tiene su origen en el acuerdo emitido en 2010 para prohibir la venta de antibióticos sin prescripción médica. Esto sucede después de la epidemia de influenza AH1N1 que puso sobre la mesa el debate en torno al consumo de antibióticos, y de que la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (Cofepris), dependencia federal encargada de la regulación, control y fomento sanitario, presentara información referida a un consumo de antibióticos que ascendía a 70,5 millones de cajas anuales, 40% de ellas vinculadas al autodiagnóstico y a la autoprescripción (Animal Político, 2018). A partir de ese año, muchas cadenas de farmacia y farmacias independientes decidieron incorporar el esquema del consultorio contiguo, como una medida para evitar la caída en las ventas de antibióticos, el segundo grupo de medicamentos más vendidos nacionalmente (Toscano, 2010).

En estudios realizados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se ha mostrado la prevalencia que tienen los antibióticos en las recetas emitidas en los CAF. En un estudio del Programa Universitario de Investigación en Salud de la UNAM, se encontró que el 90% de los pacientes con enfermedades respiratorias y el 80% de los que llegan con infecciones gastrointestinales, son recetados con antibióticos (Excélsior, 2019). A su vez, Dreser *et al.* (2015) realizaron una encuesta a 825 pacientes con síntomas de IRAS que asistieron a consultorios de farmacias de la Ciudad de México, a partir de la cual encontraron que en los casos de cuadros

---

<sup>4</sup> Se prevé que si no hay una reducción en el consumo de antibióticos, en 2050 la mortalidad causada por resistencias a antimicrobianos será mayor a la del cáncer (O'Neill, 2014 en Dreser, 2018).

clínicos compatibles con faringitis estreptocócica, 81% de los pacientes fueron recetados con antibióticos (Dresler, 2020).

El presente artículo tiene el objetivo de describir las prácticas de prescripción en consultorios adyacentes a farmacias ubicados al sur de la Ciudad de México, y analizar los determinantes que influyen en ellas al igual que los significados que los diversos sujetos vinculados a estos consultorios les atribuyen. A partir de recuperar propuestas de la antropología farmacéutica, se muestra cómo los CAF son nichos con la doble función de brindar atención médica pero también de promover la prescripción, venta y consumo de productos farmacéuticos. Interesa mostrar a los medicamentos como algo más que objetos con una función terapéutica o paliativa, sino como procesos en los que se concentran intereses económico-políticos, expectativas, ideas y significados, que se reinterpretan diferencialmente de acuerdo con el contexto y los actores que se apropian de ellos (Greene & Sismondo, 2015).

Este artículo forma parte de una investigación doctoral cuyo objetivo fue analizar las condicionantes estructurales al surgimiento y expansión de los consultorios adyacentes a farmacias, y las respuestas localmente producidas en consultorios ubicados al sur de la Ciudad de México. Esta se realizó con una metodología cualitativa que permitió aproximarme a las representaciones sociales y prácticas de los médicos y usuarios de los CAF ubicados en los Pedregales de Coyoacán y la zona de Copilco, en la alcaldía Coyoacán<sup>5</sup>. En este artículo se rescatan las entrevistas a profundidad realizadas a 22 médicos que laboraban en los doce consultorios anexos a farmacias que constituyeron el universo de estudio, así como conversaciones informales que se sostuvieron con varios de ellos. Las entrevistas se realizaron entre noviembre de 2016 y septiembre de 2017, fueron audiograbadas y transcritas en su totalidad; mientras que las conversaciones se registraron en un diario de campo.

Respecto al perfil del personal médico, quince son mujeres y siete son hombres; con un rango de edad muy amplio que va de 25 a 63 años, aun cuando la mitad tiene entre 25 y 29 años. Asimismo, 21 son médicos titulados y solo uno es pasante. Por su parte, la mitad de los entrevistados ha trabajado en un CAF por menos de

---

<sup>5</sup> Para este artículo, únicamente se recuperan las entrevistas y conversaciones informales realizadas a médicos, sin embargo, para la investigación doctoral también se hicieron entrevistas semiestructuradas a pacientes, dispensadores, propietarios de las farmacias y a personal del sector salud. Asimismo, se aplicó una encuesta a 166 pacientes de los consultorios; y se implementó la técnica de observación participante durante las visitas realizadas a estos establecimientos.

cuatro años, aspecto que es consistente con las edades, y por ende, el menor tiempo de ejercicio profesional. Sin embargo, está el caso de una doctora cuya trayectoria laboral en la misma farmacia es de 17 años.

Para sistematizar y analizar la información se construyó un guion de análisis que permitió identificar 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 mediante los cuales se segmentó el material empírico en fichas digitales. Tras la elaboración de matrices de análisis y memos descriptivos, se procedió con la redacción del trabajo.

En los apartados sucesivos presentamos los referentes teóricos del trabajo, consistentes en las propuestas de la antropología farmacéutica para analizar el acto prescriptivo y las funciones sociales de los medicamentos. Continuamos con la exposición de los resultados de la investigación que dan cuenta de las complejidades inherentes al hecho prescriptivo, así como los criterios que lo determinan; y con una discusión que busca reflexionar sobre el transcurrir de la prescripción en un CAF y los matices que inciden en este acto. Finalmente se esbozan las conclusiones del trabajo.

### **Aportes teóricos de la antropología farmacéutica**

En los últimos 30 años, la industria farmacéutica se posicionó como un nuevo objeto de estudio de la sociología y la antropología médica, disciplinas que se han interesado por estudiar los mercados farmacéuticos y a los consumidores, la promoción de enfermedades “vendibles”, así como las políticas regulatorias hacia la industria farmacéutica, o los desarrollos tecnológicos y científicos en la producción de medicamentos (Greene & Sismondo, 2015, p. 2).

Dentro de la antropología médica surge a finales de los ochenta una subrama, la antropología farmacéutica,<sup>6</sup> cuyos estudios se enfocan en las prácticas culturales, científicas y económicas que contribuyen al crecimiento de la industria de los

---

<sup>6</sup> El surgimiento de esta sub-rama ocurre con la publicación del libro *The Context of Medicines in Developing Countries*, editado por Sjaak Van Der Geest y Susan Reynolds en 1988 (Banerjee, *et al.*, 2013, p. 53), en donde se sientan las bases de la antropología farmacéutica y se delimita su objeto de estudio.

medicamentos; y ver cómo esta expansión genera formas de desigualdad en el acceso a los mismos y prácticas de salud diferenciadas (Petryna & Kleinman, 2006, p. 5).

Esta línea de estudio muestra interés por el abordaje de los medicamentos como sustancias que más allá de ser concebidas como:

Capaces de cambiar la condición de un organismo, ya sea para mejorar o empeorar (son) vehículos de ideología, facilitadores del autocuidado, y fuentes de eficacia que dirigen los pensamientos y acciones de la gente, e influyen su vida social. (Van Der Geest, *et al.*, 1996, pp. 154-157)

Bajo esta perspectiva los medicamentos se definen como algo más que un objeto, esto es, como parte de un proceso que permite analizar las articulaciones y rupturas producidas en el ámbito farmacéutico (Hardon & Sanabria, 2017, p. 119); y que juegan muchos roles en diferentes niveles de la organización política y social “en los financiamientos y políticas internacionales y nacionales, en las instituciones locales de salud, en los consultorios y tiendas, en la esquina de la calle, en las viviendas y en las vidas privadas de los pacientes” (Van Der Geest, 2006, p. 303).

De acuerdo con Greene y Sismondo (2015), el interés en torno a los medicamentos radica en su triple función, pues mientras que para los médicos estos son un instrumento para alcanzar el control objetivo de las enfermedades; para los pacientes son la puerta de entrada para el control subjetivo de los síntomas; y para los fabricantes o empresarios representan el control lucrativo de los mercados. Como describiremos en los siguientes apartados, esta triple función trasmina las prácticas de los actores implicados en los CAF, dando lugar a tensiones —y negociaciones— entre dispensadores de farmacia, médicos, empresarios y pacientes. Justamente, uno de los intereses de la antropología farmacéutica es conocer las negociaciones que se dan en torno a los medicamentos, cómo se prescriben y se consumen (Banerjee, *et al.*, 2013), con lo cual se visibilizan:

Aspectos pasados por alto de los negocios farmacéuticos, 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, *et al.*, 2013, p. 54).

## Resultados

### *La prescripción en los consultorios adyacentes a farmacia: un acto relacional y complejo*

La prescripción es un “acto social que demuestra, a través de las recetas, el reconocimiento del médico hacia las quejas de los pacientes, así como una forma de ayudarlos (...) La prescripción es lo principal esperado de un médico” (Van Der Geest *et al.*, 1996, p. 160). De acuerdo con esta definición, el acto prescriptivo es relacional pues involucra directamente al médico y al paciente, donde ambos se unen para emprender una acción común, la curación del segundo (van der Geest, *et al.*, 1996, p. 161). Aunque en los consultorios adyacentes a farmacias, el acto prescriptivo se concentra en el médico y el paciente, también involucra a los dispensadores de la farmacia y a los gerentes-propietarios-empresarios. Cada uno de ellos le atribuye significados distintos al proceso de prescripción, lo que da lugar a relaciones intrincadas y densas que le imprimen un matiz particular al hecho de prescribir en un CAF.

Otros estudios han mostrado preocupación por la existencia de conflictos de interés por parte de los médicos. Como una medida para contrarrestar esta posibilidad, así como para establecer una política regulatoria hacia estos consultorios, en 2013 el gobierno federal emitió la estrategia para la regulación y fortalecimiento de los consultorios adyacentes a farmacias, cuyos lineamientos estipulaban la separación física entre la farmacia y el consultorio, como una medida para diferenciar prescripción y dispensación. Sin embargo, aun cuando pueda existir esta división no queda anulado el vínculo entre ambos espacios, pues la relación entre el consultorio (emitir una prescripción) y la farmacia (vender medicamentos) se materializa en la interacción social entre el médico y los actores ligados a esta última (dispensadores, gerentes-propietarios-empresarios).

La naturaleza de dicha relación es compleja y está supeditada a diversos factores, entre los cuales uno de los más significativos tiene que ver con las características del CAF en el que trabaja el médico. En una investigación previa, se plantea que estos son un sistema de atención heterogéneo conformado por tres tipos de CAF con características diferentes que influyen en su funcionamiento, sus procesos organizativos, las relaciones laborales, el cumplimiento de la normatividad o la percepción de los usuarios hacia estos (Morán, 2020).



El primer tipo corresponde a grandes cadenas farmacéuticas, generalmente empresas monopólicas con presencia nacional; que tienen una mayor capacidad de infraestructura, recursos económicos, humanos y publicitarios; cuentan con supervisores o coordinadores encargados del funcionamiento de la farmacia y el consultorio; y están más apegados a la normatividad oficial, por mencionar algunos rasgos. El segundo tipo abarca medianas y pequeñas cadenas de farmacias, generalmente de alcance regional o local; con menos recursos de operación; su funcionamiento depende del propietario o franquiciatario, por lo que no suele haber supervisores o coordinadores del área médica; y, aunque hay excepciones, existe un menor cumplimiento de las regulaciones dictadas por Cofepris. El tercer tipo estriba en farmacias independientes, o bien, farmacias popularmente denominadas “de barrio”. Se caracterizan por contar con una sola sucursal, operan localmente y con recursos que dependen del capital del empresario-propietario, y suele haber un mediano a bajo cumplimiento de la norma oficial (Morán, 2020).

En ese sentido, se detectaron patrones de prescripción diferenciados por el tipo de consultorios de farmacia. Por ejemplo, los médicos que laboran en farmacias de grandes cadenas formulan un discurso en el que predomina una idea de libre prescripción:

Nosotros tenemos la libertad de recetar lo que queremos, incluso si lo consideramos podemos recetar un medicamento que no se venda aquí. Es mentira que los médicos tenemos una comisión por recetar de más, o por recetar ciertos medicamentos, no hay ninguna comisión por vender en farmacia, y el paciente tiene completa libertad de comprar el medicamento donde quiera (...)

Es un hecho que la presencia de un médico junto a una farmacia aumenta sus ventas, pero de ahí a pensar en que puede haber una sobre-prescripción eso sí que no porque la prescripción es ética, es profesional, se prescribe con base en lo que tiene el paciente y éste tiene libertad de comprar el medicamento donde quiere. A mí me molesta mucho que digan que los médicos que trabajamos aquí recetamos de más sólo para vender o que nos dan comisiones por las ventas porque eso no es cierto para nada, por lo menos aquí nadie te obliga a recetar algo. (Gretel, entrevistas realizadas el 11 y 18 de mayo de 17)

Por su parte, en la narrativa de quienes trabajan para pequeñas cadenas o farmacias independientes está más presente la percepción de coerción y presión por parte de los “jefes” (empresarios-propietarios) y los dispensadores, aun cuando no siempre la reconozcan explícitamente. Generalmente, las refieren como anécdotas que les ocurrieron a otros colegas médicos, o que vivieron en otros consultorios, no en el que fueron contactados.

Los mecanismos mediante los cuales se incide en la prescripción son variados, y en muchos casos puede estar comprometido el ingreso del médico. Se identificó que algunos CAF contratan a los médicos con un salario fijo que se complementa con bonos o comisiones derivadas de la prescripción de medicamentos<sup>7</sup>. Así, algunos entrevistados señalaron que reciben una compensación si cumplen con un costo mínimo de medicamentos por receta. En otros casos, la presión se da directamente por parte del propietario de la farmacia, quien solicita al médico recetar medicinas a punto de caducar, o que casi no se han vendido:

Solo me han mandado (la dueña) dos mensajes, uno de ayúdame a sacar la amikacina y otro medicamento (...) pero a veces se me va, y sí he mandado algunos otros medicamentos que no tienen aquí, pero no sé cómo voy empezando ya tengo miedo de que me corran. (Marisela, entrevista realizada el 3 de febrero de 2017)

La incidencia en la prescripción puede tener efectos adversos en la salud de los pacientes. En ocasiones se advirtió la imposición de recetar medicamentos que pueden llegar a ser contraproducentes, pero que representan una mayor ganancia. Particularmente, esto fue observado con antibióticos como la ceftriaxona, cuyo costo es mayor que el de otros, pero su impacto en la salud puede ser dañino sobre todo si su uso terapéutico no es médicamente justificado. Marisela relata el caso de una farmacia en la que trabajó, donde estas prácticas eran comunes:

---

<sup>7</sup> La contratación en estos consultorios varía en función de cada farmacia. Por ejemplo, en los consultorios de la Fundación Best —asociación que ofrece servicio médico para la cadena comercial Farmacias Similares— los médicos son contratados bajo la figura de comodato, otorgando al médico el derecho de utilizar el consultorio y el equipo con la condición de resguardarlo adecuadamente. En otras cadenas como Farmacias del Ahorro el médico se contrata bajo la figura de prestador de servicio, por lo cual no figuran como empleados formales. Por su parte, en los consultorios de cadenas de farmacia medianas-pequeñas, o independientes, la contratación suele hacerse bajo los criterios del propietario de la farmacia, y es frecuente que se manejen compensaciones o bonos por ventas o por número de consultas.

En esa farmacia en la que estaba, dejaron al médico porque en sus recetas siempre mandaba medicamentos muy caros como ceftriaxona. Una ampolla de ceftriaxona te sale en \$70 a \$90 (aproximadamente \$4 dólares), y si mandas cinco pues ya has las cuentas. También mandaba ketorolaco, solamente para que la receta saliera cara y eso les convenía a los de la farmacia. (Marisela, entrevista realizada el 3 de febrero de 2017)

En contados casos, el no cumplir con las demandas prescriptivas impuestas por los jefes, puede llegar a ser causa de despido, como se narra en el siguiente caso:

Sabina: De esa farmacia me corrieron (...) no estaba yo a gusto, me exigían mucho labor de venta, tenía que mandar muchos medicamentos, tenía que mandar los más caros, entonces me metían mucha presión y a mí me estresaba mucho eso.

Yo mando lo que mi paciente necesita, el paciente no necesita esto (...) y entonces un día antes de que pasara (...) la contadora llegó y me dijo, “es que mira no puedes esto y el otro y bla bla bla”, y le dije, “¿sabes qué? es que sí veo recetas que no me parecen a mí para los pacientes que (...) o sea, yo les pido los medicamentos, pero mmm (...) si veo que no es para lo que ellos necesitan, y yo no puedo hacer eso”, le digo, y tampoco voy a decir de quién lo veo o qué médico es el que lo está haciendo, pero a mí no me parece y yo no estoy de acuerdo y yo no lo voy a hacer. Al día siguiente llegó la contadora y me dijo, “no, es que te están buscando porque no mandaste tal medicamento” o algo así, y el paciente terminó en el hospital y “entonces mejor vete de estas farmacias...”

Entrevistadora: ¿Y sí era verdad eso o no?

Sabina: Nunca supe, nunca supe, pero nunca nadie llegó a buscarme, creo que ese paciente era de una semana antes o algo así. Nunca nadie llegó a preguntar por mí o con una demanda o algo así, nunca supe si fue cierto o no.

Entrevistadora: Y con los dueños, ¿nunca hablaste con ellos?

Sabina: No, nunca hablé con los dueños, de hecho me encontré al dueño, al señor y me saludó, pero nunca me hizo un comentario así de que (...) o por qué te fuiste o qué pasó, ¿no?, pero (baja la voz), él me saludó muy bien, además, “ah, me dio gusto verte” y hasta ahí quedó.

(...) yo siento que fue más que nada como el pretexto porque pues ellos sí me metían mucha presión, sobre todo la contadora [...] “manda esto”, me decía [...] estaban sobre mí para que los hiciera ganar más, pero dar medicamentos tal vez que no eran tan necesarios para los pacientes. (Sabina, entrevista realizada el 3 de agosto de 2017)

En algunos consultorios de grandes cadenas farmacéuticas, es frecuente que se motive a la prescripción de complementos y suplementos alimenticios, a partir de cuya venta los dispensadores obtienen una compensación a su salario. Por tanto, ocurre que estos “recomiendan” a los médicos que incluyan dichos productos en la receta, pues así es más probable que el paciente los adquiera:

Darío: Solamente cuando ellos (dispensadores de farmacia) 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...

Entrevistadora: ¿ellos mismos recomiendan las vitaminas?

Darío: sí, pues es su trabajo.

Entrevistadora: y en general ¿la gente sí las compra?

Darío: sí, cuando yo les pongo vitamina C si lo compran, pero si yo no lo prescribo y el de la farmacia les dice ‘oiga no quiere las vitaminas’, casi no las compran. (Darío, entrevista realizada el 14 de marzo de 2017)

Usualmente, dichas peticiones por parte de los dispensadores se hacen al médico de forma no impositiva y a modo de “sugerencia”, por lo que este tendría la libertad para decidir si sucumbir a las sugerencias de los dispensadores. Empero, existen factores que llegan a condicionar sus decisiones, como lo es la función que los dispensadores tienen en muchas farmacias, donde no solo se encargan de vender los medicamentos, sino que también están a cargo de garantizar el buen funcionamiento del negocio y supervisar las actividades de todo el personal. Incluso, en ciertos casos, se encargan de hacer el pago al médico. Bajo estas condiciones, es frecuente que los médicos

opten por establecer acuerdos implícitos, al colaborar con la venta de productos farmacéuticos, a cambio de mantener una buena relación con los empleados de la farmacia, y contar con su apoyo. Es decir, opera una lógica de intercambio basada en acuerdos mutuos (Seeberg, 2012), como se describe en el siguiente testimonio:

Ahí el trato con los encargados es que si tú te llevas bien con ellos, si tú les ayudas, ellos hacen tu vida más fácil (...) Es la realidad. Tu vida más fácil es que a lo mejor no puedes salir en ese momento a comer, pero ellos te hacen un espacio para que salgas a comer. Tienen mucho poder porque a veces el dueño ni está, como en este caso, aquí la dueña no se aparece, y le dan cierto poder a ella (dispensadora de farmacia del turno matutino). Uno se queda con eso de que (...) no por hacerlos menos, pero el punto es que le dan el poder a otra persona que ni siquiera tiene un criterio para solucionar los problemas. (Eugenia, entrevista realizada el 10 de noviembre de 2016)

Así, vemos cómo los dispensadores llegan a tener un rol estratégico y detentan un poder otorgado por el gerente-propietario-empresario, lo cual puede ser un factor que influya en las prácticas de prescripción de algunos médicos. Por otro lado, también vemos, indistintamente del tipo de consultorio en el que el médico labore, una constante referencia a la ética profesional como determinante al momento de prescribir. Esto genera discursos ambiguos en los médicos, pues pese a que algunos reconocen la coerción por parte de los trabajadores o propietarios de la farmacia, también enfatizan en que anteponen su ética y su deber de curar a los pacientes.

### *Las expectativas de los pacientes como determinantes de la prescripción*

Con base en las entrevistas realizadas al personal médico, se encontraron tres criterios que condicionan la prescripción: a) un criterio que obedece a las necesidades médicas del paciente; b) un criterio económico-empresarial que antepone el beneficio económico y responde a la incidencia de los dispensadores y gerente-propietarios; y c) uno que tiene que ver con las expectativas de los pacientes, frecuentemente ligadas al deseo de obtener una medicación.

Los médicos entrevistados afirman haberse enfrentado en múltiples ocasiones a pacientes que solicitan se les prescriba algún medicamento, concretamente de los que requieren una receta para su venta como los antibióticos o los psicotrópicos controlados:

Todos los medicamentos controlados, era un tema muy complicado allá (en una sucursal de una cadena de farmacia del tipo 1 ubicada en Jardines del Pedregal, una zona de alto nivel socioeconómico) porque mucha gente es adicta y otra cree que es médico. Entonces quieren que les des el antibiótico que ellos piden, no te piden una opinión médica.

Y la otra, muchos jóvenes van por psicotrópicos, porque su psiquiatra se fue, que no sé qué (...) entonces, definitivamente toda esa gente realmente es adicta ¿no? o sea, sí puede ser que tenga el trastorno, pero, entonces su psiquiatra es el responsable de darle sus psicotrópicos. Es un tema que también se ha platicado en ciertas juntas cuando hay los cursitos de actualización, de que la gente en muchos consultorios de esta cadena llega y ya quiere su clonazepam o su benzodiazepina, su Valium, quieren psicotrópicos y ya, o sea, nada más porque ya tienen el hábito y la adicción al consumo de esa sustancia. Entonces creen que nosotros estamos aquí como si fuéramos un “diler” o alguien que les facilite su droga. Ese es un error catastrófico. Y yo creo que esto ha sido un mal manejo de los médicos porque en las farmacias a mí jamás me ha obligado a vender un medicamento, jamás, y yo creo que uno como médico de repente cae en ese error, de que ¡ay bueno! ya deje de estar gritando o molestando y tómese su Valium, ¿no?

(...) Evidentemente aquí no está prescrito el que podamos recetar esos medicamentos, pero a veces es tanta la necesidad de las personas que uno puede caer en ese error de “bueno, ya para que no hagan drama” porque era gente que se salía y le mentaba la madre a la gente del aparador o al gerente de farmacia y así, la pobre gente que estaba allá afuera me decía “oye pues es que hazle el paro”, o sea no, no podemos “hacerles el paro” porque por evitar esto es un adicto, no es un paciente que tiene insomnio, o sea tiene 20 años tomando ese medicamento lo que tiene es adicción y lo que necesita es ir a un lugar para que lo depuren y le quiten la adicción. (Fernando, entrevista realizada el 19 de julio y 14 de agosto de 2017)

La concepción de los consultorios de farmacias como espacios en los que se pueden solicitar determinados medicamentos, puede atribuirse a varios factores. El primero tiene que ver con el papel que desempeña la farmacia y el farmacéuta como un espacio de atención y prescripción médica, particularmente en países en desarrollo, donde suele haber vacíos legislativos sobre farmacia y dispensación, y fallos en la implementación de las legislaciones vigentes de cada país (Ugalde & Homedes, 2011, p. 12).

Un segundo factor consiste en que los CAF fungieron como una reacción de los empresarios farmacéuticos para garantizar la venta de antibióticos y otros medicamentos de venta restringida, por ende, pacientes que anteriormente acudían a la farmacia por un antibiótico automedicado o recetado por el dispensador, ahora deben pasar al consultorio médico. No obstante, esto también puede achacarse a procesos de medicamentación de la sociedad, cuya característica está en asumir la intervención farmacológica como la respuesta más efectiva para tratar condiciones sociales, de comportamiento o corporales (Abraham, 2010, p. 604). Es decir, los pacientes esperan que al acudir a un servicio biomédico se les prescriban medicinas, aun cuando pudieran no ser necesario.

Por lo pronto, nos limitamos a describir las respuestas de los médicos antes dichas actitudes de los pacientes: algunos deciden negarse a las peticiones, y otros se decantan por ceder ante tales demandas. Como algunos entrevistados argumentan, el confrontar al paciente a veces puede conducir a conflictos que muchos prefieren evitar, pero también es algo que requiere de tiempo para “convencerlo”, lo cual cuando hay cinco o más pacientes en la sala de espera no es posible poner en práctica:

Muchas veces llegan exigiendo que les des algún antibiótico o algún medicamento y como es tanta la cantidad de pacientes que ves, que al final lo menos que quieres es pelear con el paciente. Luego le dices “bueno está bien”, y le terminas dando lo que él quiere porque si no te entretiene mucho, y de aquí a que le explikas el porqué no, porqué esto y porqué el otro, entonces terminas dándoselo. Honestamente a mí me ha pasado de que 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 suavecito pero le terminas dando el antibiótico. (Mariana, entrevista realizada el 13 de abril de 2017)

Los médicos terminan prescribiendo al paciente lo que éste quiere, aunque no sea indicado, patrón de prescripción que fue documentado por Seeberg (2012) en su etnografía realizada con médicos y representantes de laboratorios farmacéuticos en la India. Se produce una dinámica performática, en la cual médicos y pacientes representan su rol: el médico busca ser visto como una autoridad por el paciente, y el paciente ve en éste un profesional que puede darle los medicamentos que quiere. El acto prescriptivo se vuelve un juego de expectativas, intereses y necesidades que cada cual resuelve en el ámbito de una relación que adopta una lógica mercantil

de cliente-proveedor (Timmermans & Hyeyoung, 2010) a la vez que una práctica clínica con adecuados resultados terapéuticos.

## Discusión

Los consultorios adyacentes a farmacias surgen y se desarrollan en el marco de reformas al sistema de salud mexicano, y de un proceso de expansión global y nacional del mercado farmacéutico<sup>8</sup>. Por su naturaleza vinculante entre farmacia y consultorio, la prescripción de medicamentos se señala como foco central en el funcionamiento de dichos establecimientos. No obstante, como fue descrito, esto es un acto complejo en el cual intervienen diversos actores y que responde a diferentes lógicas, lo cual puede conducir a relaciones basadas en la tensión y contradicción, pero también en el acuerdo y la negociación entre las partes.

En este artículo se han descrito las prácticas de prescripción en consultorios de diferentes cadenas de farmacia en la Ciudad de México, sin embargo, es importante puntualizar dos cuestiones. En primera, no se pretende minimizar la función central que éstos tienen, brindar atención médica, y por lo cual son tan socorridos por la gente. Como lo abordé en mi investigación doctoral, los CAF son un servicio de salud ambulatorio que cubre necesidades de salud no cubiertas por los centros de salud de primer nivel de atención públicos, y cuyas funciones como servicio médico son amplias. Entre las causas de consulta que atiende se encuentran desde infecciones respiratorias y gastrointestinales (principalmente gripes y diarreas) hasta infecciones de vías urinarias, problemas dermatológicos, lesiones musculares y articulares, entre otras. Además, se realiza control y seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas; se llevan a cabo procedimientos médicos como aplicaciones de inyección, tomas de presión arterial, suturas, lavados óticos, por mencionar algunos; o bien, pese a no contar con el equipo e infraestructura, se llegan a atender urgencias médicas como crisis hiperglucémicas o hipertensivas e intoxicaciones alcohólicas (Morán, 2020, p. 227).

---

<sup>8</sup> Actualmente, México es el décimo mercado farmacéutico más grande del mundo (Wirtz, *et al.*, 2013, p. 59), el segundo más grande de América Latina, y el primer país exportador de medicamentos en la región (Becerril *et al.*, 2018, p. 97). Además, es uno de los mercados emergentes productores de medicamentos genéricos, junto con Rusia, China, India, Sudáfrica y Brasil, por lo cual se espera que en los próximos años el consumo y producción de la industria farmacéutica se centre en éstos (Becerril *et al.*, 2018, p. 90). Es decir, se vislumbra que el negocio de la industria farmacéutica se concentre más en los genéricos que en los medicamentos de patente.



En segunda, tampoco se busca generalizar cómo ocurre la prescripción de medicamentos en los CAF, pues como señalamos, uno de los objetivos centrales radica en resaltar las diferencias que hay al respecto, ya sea por criterios individuales del médico, o bien, por las características de la farmacia en la que éste labore, las formas de contratación, el tipo de relación entre médico y dispensador o empresario-propietario, e incluso cómo transcurre la relación médico-paciente.

En ese sentido, es complicado afirmar que el vínculo entre farmacia y consultorio conduce a un conflicto de interés con resultados negativos como sobre-prescripción de fármacos o prescripciones inadecuadas. A ello se suma que, por lo menos discursivamente, los médicos entrevistados aseguran que sus patrones de prescripción suelen anteponer la ética y responsabilidad profesional al sentido de lucro. Aunque no es el afán de este artículo ponerlo en duda, sí se pretende mostrar que, como lo indica un principio etnográfico básico, lo que se dice no siempre tiene concordancia con lo que se hace; y que lo que se dice muchas veces responde a lo que se concibe como el deber ser, lo que se espera de un “buen médico”.

Al respecto, se observó que en muchos casos, los propios médicos intentan conciliar el deber ser con los constreñimientos externos, y de ese modo actuar con base en las necesidades de salud de los pacientes, pero a la vez conciliar los intereses económicos de la farmacia y obtener algún beneficio en los ingresos propios (en el caso de quienes reciben bonos o complemento a su salario por la labor de venta).

Al tomar en consideración lo anterior, interesa enfatizar en la doble función de los consultorios de farmacia, esto es, como servicios de salud y como espacios de comercialización de medicamentos donde entran en juego intereses económicos sujetos a una intención de mercado, mismos que interactúan con los criterios técnicos o terapéuticos de atención a los pacientes (Busfield, 2006, p. 311).

Por consecuencia, se producen interacciones entre el médico-usuario, empresario-médico, o dispensador-médico basadas en el conflicto, la negociación y el acuerdo, en tanto cada uno actúa con base en perspectivas distintas, de acuerdo con la posición que tengan dentro de un sistema de relaciones de poder donde el médico puede llegar a estar en una situación de subordinación. Por esta razón, planteamos que las relaciones sociales en un CAF están estructuradas en torno a los medicamentos que operan como eje rector del funcionamiento de este espacio, generando diferentes

significados respecto a ellos. Dicho esto, se recupera la idea de los medicamentos como objetos cuyos usos y significados toman forma en la intersección de diversos espacios e intereses (Greene & Sismondo, 2015, p. 1), y por consecuencia, son reinterpretados diferencialmente de acuerdo con el contexto y a los actores que se apropian de estos.

En este intrincado proceso intervienen los propios pacientes, quienes pueden llegar a asumir un rol activo en el acto de la prescripción. Los pacientes entablan una relación con el médico que está marcada por sus expectativas de obtener un fármaco a partir del cual obtendrán una solución a sus problemas de salud. El estatus del médico, cuya hegemonía se establece a partir de ser él quien toma la decisión de prescribir o no, se redefine, y se hace de la prescripción un acto de negociación permanente.

En síntesis, los criterios que determinan la prescripción de medicamentos en los consultorios de farmacia no sólo se basan en un juicio médico, o en un acto acorde a los intereses empresariales de la farmacia, sino también en la búsqueda por satisfacer los deseos de los pacientes (Van Der Geest, *et al.*, 1996, p. 160).

## **Conclusiones**

En este artículo se intentó describir y analizar cómo se llevan a cabo las prácticas de prescripción médica en los consultorios de farmacia, a modo de ilustrar el papel que tienen los medicamentos en el funcionamiento de dichos recursos, así como en las relaciones establecidas entre sus participantes.

Podemos concluir que los consultorios de farmacia cumplen otras funciones además de ser espacios destinados a la atención a la salud, es decir, la de ser nuevos mercados de consumo farmacéutico (Tognetti, 2014; Conrad y Leiter, 2004), en los cuales se producen dinámicas entre pacientes y médicos que propician el consumo de medicamentos que requieren una receta médica. Asimismo, estas situaciones pueden ser indicio de la transición de un paciente pasivo que recibe tratamientos, a un paciente-consumidor que tiene un rol activo en la prescripción (Conrad y Leiter, 2004).

Paralelamente, surge la reflexión sobre el papel de los médicos como dispensadores, más que como prescriptores de medicamentos, algo que ameritaría ser analizado

en próximas investigaciones. En su etnografía sobre prácticas de prescripción y consumo de medicamentos en la India, Seeberg (2012) encuentra que operan dos categorías que distinguen a los médicos: los que prescriben y los que sólo dispensan recetas. Cabría preguntarse en qué medida estas prácticas colocan a los médicos como dispensadores de recetas, es decir, como una extensión de la farmacia; quienes además suelen tener un papel de subordinación con respecto a los empleados y empresarios-propietarios de la farmacia. Ello conduce a cavilaciones más complejas referentes al desplazamiento en el saber del médico y la erosión de su autoridad. No obstante, reitero que es necesario que trabajos socioantropológicos profundicen más en la relación entre profesión médica y procesos de medicamentación y mercantilización de la salud.

Igualmente, describimos cómo en estos espacios convergen diversos actores, cuyos intereses y expectativas diferenciales tienen un referente en el medicamento, objeto-proceso polisémico y multidimensional; y cómo ello produce interacciones basadas en el conflicto, la negociación y los acuerdos explícitos y tácitos. Además, se destacó el rol activo de dichos actores, en tanto sujetos que pese a constreñimientos externos, tienen capacidad de decisión y acción propias, lo que influye directamente en el acto prescriptivo.

## **Agradecimientos**

Esta investigación se realizó con el apoyo de una beca financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología como parte del programa de doctorado en Antropología del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, sede Ciudad de México.

## **Referencias**

- Banerjee, A., Chakrabati, G. & Das, D. (2013). A new beginning in medical anthropology: scope and relevance of pharmaceutical anthropology in India. *Eurasian Journal of Anthropology*, 4(2), 51-57.
- Becerril, V., Ortiz, M. y Santillán, J. (2018). Historia de la regulación de los medicamentos genéricos en México: 1977 a la fecha. *Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*, 21, supl. 1, 88-100. <https://doi.org/10.22201/fesz.23958723e.2018.0.144>

- Busfield, J. (2006). Pills, power, people: sociological understanding of the pharmaceutical industry. *Sociology*, 49(2), 297-314.
- Chu, M. & García-Cuellar, R. (2007). Farmacias Similares. Private and Public Health Care for the Base of the pyramid in Mexico. *Harvard Business School*, 1-26.
- Colchero, A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez-Atristain, A. y Bautista-Arredondo, S. (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(6), 851-858. <https://doi.org/10.21149/11547>
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004) Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behaviour*, 45, 158-176.
- Díaz-Portillo, S. (2017). Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 459-465. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.013>
- Díaz-Portillo, S. (2017). *Consultorios médicos adjuntos a farmacias privadas en México: condiciones laborales del personal médico y sus implicaciones en un posible conflicto de interés* (Tesis de doctorado en Ciencias de la Salud Pública). INSP, México.
- Dreser, A., Reyes, H., Serván, E. & Wirtz, V. J. (2015). Quality of antibiotic prescription in pharmacy retail medical clinics of Mexico City. *Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) and International Congress of Chemotherapy and Infection (ICC)*, San Diego, CA.
- Dreser, A. (2020). Política farmacéutica en la era Covid-19. *La renovación del Sistema de Salud en la era Covid-19. Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, UNAM*. <https://bit.ly/3uBlwzs>
- Rodríguez, R. (2019). Consultorios de farmacias, sistema de salud alterno. Opinión. *Excélsior*. <https://bit.ly/3wMNIIG>
- FUNSAUD. (2014). *Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios adyacentes a farmacias privadas*. Funsalud.
- Greene, J. & Sismondo, S. (2015). Introduction. Sismondo, S. & Greene, J. (eds.) *The Pharmaceutical Studies Reader*. John Wiley & Sons, pp. 1-16.
- Hardon, A. & Sanabria, S. (2017). Fluid Drugs: Revisiting the anthropology of pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology*, 46, 117-132. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041539>
- Heraldo de México. (2021). Médicos de farmacia, en plan de vacunación contra Covid-19. *El Heraldo de México*. <https://bit.ly/36EJlyp>
- INSP. (2018). Semana del uso responsable de los antibióticos 2018. *Gobierno de México*. <https://bit.ly/3qJOdsX>

- Leyva-Piña, M. y Pichardo, S. (2012)- Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 8(1), 143-175.
- López-Manning, M. y García-Díaz, R. (2017). Doctors adjacent to private pharmacies: the new ambulatory care provider for Mexican health seekers. *Value Health Regional Issues*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2017.08.010>
- Morán, A. (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención* (Tesis de doctorado en Antropología). CIESAS, México.
- Pérez Cuevas, R., Doubova, S., Wirtz, V. J., Serván, E., Dreser, A. & Hernández-Ávila, M. (2014). Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*; 4:e004669. doi:10.1136/bmjopen-2013-004669, pp.1-12.
- Petryna, A. & Kleinman, A. (2006). The pharmaceutical nexus. En Petryna, Adriana; Andrew Lakoff y Arthur Kleinman (eds.) *Global Pharmaceuticals. Ethics, markets, practices*, Duke University Press, Durham.
- Rubli, A. (2017). *Low-cost, limited-service private healthcare providers: evidence from Mexico*. Ponencia, Departamento de Economía de la Universidad Brown. [https://sites.tufts.edu/neudc2017/files/2017/10/paper\\_341.pdf](https://sites.tufts.edu/neudc2017/files/2017/10/paper_341.pdf)
- Seeberg, J. (2012). Connecting pills and people: an ethnography of the pharmaceutical nexus in Odisha, India. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(2), 182-200. DOI: 10.1111/j.1548-1387.2012.01200.x
- Székely, A. (2018). Alerta en México: bacterias sin control. *Animal Político*. <https://bit.ly/3Ka5UcZ>
- Timmermans, S. & Hyeyoung, O. (2010) The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51, 94-106. DOI: 10.1177/0022146510383500
- Tognetti-Bordogna, M. (2014). From medicalisation to pharmaceuticalisation- a sociological overview. New scenarios for the sociology of health. *Social Change Review*, 12 (2), 119-140. <https://doi.org/10.1515/scr-2015-0002>
- Toscano, M. (2010). Antibióticos: responsabilidad de todos. *El Universal. Opinión*, <http://archivo.eluniversal.com.mx/editoriales/49616.html>
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2011) “Introducción. Las farmacias y los farmacéuticos, presente y futuro”, en Ugalde, A. y Homedes, N. (orgs.) *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso de medicamentos en América Latina*, Lugar Editorial, pp. 9-21.

- Van Der Geest, S., Reynolds White, S., & Hardon, A. (1996) The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. 153-78. DOI:10.1146/annurev.anthro.25.1.153
- Van Der Geest, S. (2006) New Release. Anthropology and the pharmaceutical nexus. *Anthropological Quarterly*, 79, (2), 303-314.
- Wirtz, V., Dreser, A. y Heredia-Pi. I. (2013). Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Pública de México*, 55, 329-336.