

Riesgo, incertidumbre y covid-19 entre el personal médico de consultorios adyacentes a farmacias de Oaxaca de Juárez

Risk, Uncertainty and Covid-19 among the Medical Personnel in Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies in Oaxaca de Juárez

Ana Victoria Morán Pérez

 <https://orcid.org/0000-0002-9306-899X>

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Pacífico Sur, México (posdoctorante)

ana00.moran@gmail.com

Resumen

Durante la pandemia de covid-19, el personal médico de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF), un servicio de salud privado, desempeñó un rol fundamental en la medida que el 76% de las personas con síntomas de covid-19 acudieron al sector privado. A partir de un abordaje teórico provisto por la antropología médica, se analiza cómo se configura la percepción del riesgo de médicos(as) de consultorios ubicados en Oaxaca de Juárez. Con base en entrevistas a profundidad realizadas a ocho médicos(as), se muestra que la percepción del riesgo está motivada, entre otros factores, por su condición de vulnerabilidad, la percepción del consultorio como entorno «peligroso» o las conductas de rol definidas por la profesión médica. Además se plantea que, ante la incertidumbre, la reproducción del saber médico se constituye como la práctica de reducción del daño más efectiva.

Palabras clave: pandemia, saber médico, reducción del daño, sector privado

Abstract

During the COVID-19 pandemic, the medical staff in doctors' offices adjacent to private pharmacies, a private healthcare service, played a fundamental role since 76% of people with symptoms of COVID-19 sought the private sector. Based on a theoretical approach provided by medical anthropology, an analysis was made about how risk is perceived by the medical staff in doctors' offices located in Oaxaca de Juárez. Using in-depth interviews with eight physicians, it was demonstrated that the perception of risk is influenced, among other factors, by their condition of vulnerability, the perception of the doctor's office as a "hazardous" environment, or the role behaviors of the medical profession. In addition, the paper sets forth that in the face of uncertainty, the dissemination of medical knowledge is the most effective practice to reduce harm.

Key words: pandemic, medical knowledge, harm reduction, private sector

Recibido: 30/11/2021

Aceptado: 30/04/2022

Publicado: 14/09/2022



Introducción

Durante la pandemia de covid-19 el personal de salud ha sido uno de los sectores más afectados en todo el mundo. En México, este sector ha sido particularmente vulnerable, como lo muestran las estadísticas oficiales sobre contagios y decesos. A finales de 2020, casi un año después de iniciada la pandemia, este era el país con más fallecimientos de personal de salud a causa del coronavirus. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre enero de 2020 y febrero de 2021 se concentró el 45 % de todas las muertes entre trabajadores de la salud de 17 países (Sánchez-Talanquer et al., 2021:33).

La mayor exposición y vulnerabilidad del personal sanitario en México no solo se debe a la naturaleza de su trabajo, sino también a las condiciones de precariedad en las que una gran parte de ellos ejerce su labor. En los primeros meses de la pandemia, por lo menos en 70 hospitales y clínicas del sector salud se llevaron a cabo movilizaciones con el objetivo de demandar la falta de insumos médicos, equipo de protección y protocolos o guías de manejo clínico para atender a pacientes con síntomas de covid-19 (Chertoriwski et al., 2020:93-96).

Dichas condiciones hacen más vulnerables a estos trabajadores en tanto que —como se encontró en este estudio— muchos tienen la necesidad de cubrir jornadas de trabajo en más de un sitio para obtener mayores ingresos, lo que incrementa su exposición al virus; o bien se desempeñan en espacios donde no se cubren sus garantías laborales, por lo cual no cuentan con seguridad social o afiliación a algún servicio de salud, lo que limita la posibilidad de recibir atención médica en caso de presentar un cuadro de covid-19 moderado o grave. A esta situación hay que sumar otras dificultades identificadas en otros trabajos: las afectaciones a la salud mental, la adaptación al uso del equipo de protección y las dificultades al inicio de la pandemia de acceder a este, los contagios masivos en los hospitales y clínicas, o la presencia de miedo o incertidumbre debido al riesgo como aspectos intrínsecos a su labor, por mencionar algunas (Morán, 2021; Muñoz, 2022; Rojas, Estrada y Warn, 2021; Trujillo, 2021; Valadez, 2020; Vicente, Moreno y Rabanaque, 2020).

En este artículo, resultado de una investigación de tipo exploratorio realizada en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) ubicados en la zona central del municipio Oaxaca de Juárez, se muestra la perspectiva de su personal médico respecto a cómo ha sido su quehacer profesional desde que comenzó la pandemia. Se busca responder a las siguientes preguntas: ¿cómo se configura la percepción

del riesgo y de la incertidumbre en el personal médico de CAF de Oaxaca de Juárez bajo el contexto de la pandemia de covid-19? y ¿cómo se forma un saber médico «especializado» en covid-19 y en qué medida esto opera como un mecanismo de reducción del daño?

Desde la epidemiología, el riesgo es definido como una probabilidad estadística de que las personas, expuestas a ciertos factores, adquieran o desarrollen una determinada enfermedad (García García, 1998:77). Sin embargo, esta definición es limitada si se quiere analizar el riesgo desde un enfoque social y cultural, y no constreñirlo a probabilidades calculadas, a relaciones de causa/efecto o a interpretaciones meramente individuales. Dicho esto, entendemos el riesgo como un fenómeno en torno al cual se producen múltiples significados y acciones enmarcadas socioculturalmente, por lo que no puede reducirse a intenciones y estrategias individuales (Bolhom, 2003:164), sino que debe incluir otras variables en su definición.

En su propuesta teórica sobre el riesgo, Deborah Lupton identifica tres perspectivas que ponen el acento en una idea común, esto es, analizarlo desde las lentes sociales y culturales a través de las cuales se le ve y entiende (Lupton, 2006:15).¹ Esta autora plantea que el riesgo es inseparable de las normas sociales y culturales, por lo cual las nociones individuales y las respuestas al riesgo son «entendimientos compartidos que emergen de pertenecer a un grupo» (Lupton, 2006:14).

Desde el punto de vista de la antropología médica interesa comprender cómo las personas entienden el riesgo —de enfermarse, de morir, de contagiarse por un virus o bacteria—, ya sea que se trate de sujetos legos o de curadores especializados, y cuáles son los aspectos sociales, culturales o económico-políticos que influyen en la percepción y manejo del mismo. En ese sentido, la percepción del riesgo, contrario al enfoque psicologista que lo concibe como producto de cierto tipo de comportamientos cognitivos o resultado de rasgos de personalidad (Lupton, 2006:14), está determinada por procesos biográficos, socioculturales y

¹ Las perspectivas teóricas identificadas por Lupton consisten en la propuesta por Ulrich Beck y Anthony Giddens, quienes argumentan que las sociedades occidentales contemporáneas viven como sociedades del riesgo, cuyas economías y formas de vida están determinadas por la presencia del mismo. La segunda perspectiva es la desarrollada por la antropóloga Mary Douglas, la cual desde un enfoque simbólico-cultural hace énfasis en la construcción sociocultural del riesgo, como un elemento que adquiere sentido en el marco de entendimientos y prácticas culturalmente compartidas. La tercera perspectiva es la impulsada por Michel Foucault y su enfoque sobre la gubernamentalidad, con el cual argumenta que el riesgo en las sociedades modernas es un principio rector que opera como una forma de control y organización implementada mediante la noción de «buenos ciudadanos» (Lupton, 2006:11-12).

estructurales. Mary Douglas (1996) plantea que la percepción de los riesgos se configura con base en las posiciones sociales de las personas, quienes están influenciadas por la cultura del sistema social al que pertenecen, definición a la cual es preciso añadir el peso de los constreñimientos estructurales.

Por su parte, la antropología médica ha estudiado cuáles son las conductas que los sujetos llevan a cabo para reducir o prevenir el riesgo, las que denomina prácticas de reducción del daño. Estas son definidas como acciones orientadas a «intervenir activamente en la disminución de la sensación de vulnerabilidad y el aumento de la sensación de control del riesgo» (Nichter, 2006:110). Las prácticas de reducción del daño implementadas dependen de cómo es percibida la amenaza, del margen de posibilidades que tiene el sujeto para disminuir o anular el daño, y de su percepción de vulnerabilidad en este contexto (Nichter, 2006).² En el caso del personal médico, uno de los comportamientos más recurrentes para reducir el daño es la adquisición de conocimientos técnico-científicos sobre la amenaza en cuestión, con lo que se genera un saber médico que los expertos utilizan para tener una sensación de mayor control sobre una situación.

Durante la formación médica, y posteriormente en la trayectoria profesional, los médicos desarrollan un saber médico,³ comprendido como:

La articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; al conocimiento y a las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional; a las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y a la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas (Menéndez y Di Pardo, 1996:58).

El saber médico consiste en un conjunto de conocimientos y prácticas que los profesionales de la salud sintetizan, por un lado, mediante procesos de

² Aunque el concepto de vulnerabilidad tiene una larga y compleja genealogía, para fines de este texto lo empleamos bajo la acepción planteada por Nichter (2006:100), es decir, como la «percepción real de estar expuesto a algún padecimiento o desgracia».

³ El concepto saber se entiende como conjunto de representaciones sociales y prácticas «organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos» (Menéndez, 2009:25). 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). Por su parte, la práctica es inextricable a la representación, en tanto está relacionada con aquellas «actividades humanas sociales que operan en el tiempo y en el espacio, y que están atadas a registros reflexivos y discursivos producidos por los mismos agentes sociales» (Giddens en Jaramillo, 2012:130).

socialización profesional construidos sobre la base de una racionalidad técnica e ideológica y, por otro, con base en las representaciones y prácticas socioculturales sobre el proceso de salud-enfermedad-atención, aprendidas por los médicos en tanto sujetos sociales (Menéndez y Di Pardo, 1996). En este caso, se propone que el saber médico opera como un mecanismo de reducción del daño que es empleado por profesionales de la salud durante su práctica clínica.

Asimismo, desde una perspectiva socioantropológica, el riesgo genera falta de control e incertidumbre (Labora y Fernández Vilas, 2022:5), una de las categorías teóricas que dan sustento a las representaciones y prácticas del personal médico: incertidumbre de no tener suficientes conocimientos con validación científica sobre el virus nuevo, de no saber qué tratamiento será el más efectivo, qué medidas de prevención seguir, o si la entrada de cada paciente al consultorio supone una posibilidad de contagio. En este sentido, hablar de riesgo implica hablar de incertidumbre, pues la idea de riesgo solo se genera cuando hay un estado de desconocimiento respecto a algo de valor para los sujetos (Bolhom, 2003:166).

El artículo se organiza en cinco apartados. El primero contextualiza al lector sobre la relevancia de los CAF durante la pandemia y en el segundo se describe la metodología empleada. Los siguientes apartados buscan responder a las preguntas de investigación, de tal modo que se describe cómo la percepción del riesgo está motivada por la idea que los médicos tienen sobre su situación de vulnerabilidad, por las condiciones de un entorno concebido como «peligroso» y por las concepciones preconstruidas sobre el ejercicio de la profesión médica. Posteriormente, se da cuenta del papel que cumple la incertidumbre como componente consustancial a la actual práctica, y a la conformación de un saber médico «especializado» como la forma de reducción del daño más efectiva. Finalmente, se esbozan las conclusiones del trabajo.

Un panorama sobre los consultorios adyacentes a farmacias en tiempos del covid-19

Cuando llegó el coronavirus a México el 27 de febrero de 2020, los CAF —así como otros servicios de salud privados— fueron un componente medular del sistema de salud mexicano, pues representaron un importante recurso de atención utilizado por amplios sectores de la población. A mediados de 2020, la Asociación Nacional de Farmacias Mexicanas (Anafarmex) estimó que entre febrero y junio refirieron 36 000 pacientes de covid a los hospitales, y que el 10 % de los pacien-

tes diarios fueron canalizados a hospitales (Vitela, 14 de junio de 2020). Por su parte, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre covid-19 muestran que, sin importar la condición de derechohabencia, el 76 % de las personas con síntomas de covid-19 prefirieron acudir a servicios de salud privados, de los cuales el 23 % fueron consultorios de farmacias (Colchero, Moreno y Bautista, 2021; ENSANUT, 2021). Además, los CAF brindaron atención a pacientes de las instituciones de salud públicas que, ante la estrategia de reconversión hospitalaria, dejaron de recibir seguimiento y tratamiento a sus enfermedades. De igual modo, varias cadenas de farmacias comenzaron a aplicar pruebas de antígenos de covid-19, por lo que desempeñaron una función relevante como espacios de prevención.

Los primeros consultorios anexos a farmacias surgieron a finales de los noventa, sin embargo, es en la última década cuando se produce su mayor expansión, lo cual obedece, entre otras cuestiones, al desfinanciamiento del sector público en salud, a dificultades en el acceso a los servicios de salud públicos, así como a la desconfianza e inconformidad por parte de gruesos sectores de la población hacia dichos servicios, a la tendencia hacia la privatización de la salud y a una baja cobertura de atención (Morán, 2020; Pérez Cuevas et al., 2014).

Actualmente hay 18 000 consultorios adyacentes a farmacias distribuidos en las urbes de todo el país (Médicos de farmacias, 12 de febrero de 2021), que han modificado los patrones de utilización de servicios de salud ambulatorios, sustituyendo —o por lo menos, compitiendo exitosamente— la oferta pública de atención médica en el primer nivel de atención (Colchero et al., 2020:856). De igual modo, se ha identificado la extensa demanda de atención de estos consultorios, al grado de superar la de instituciones pilares del sistema de salud mexicano como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se calcula que los CAF brindan un aproximado de 10.6 millones de consultas mensuales, en contraste con los ocho millones del IMSS (Médicos del Doctor Simi, 8 de junio de 2020).

Por su parte, los CAF también se han constituido como un espacio de inserción profesional para médicos —principalmente médicos generales—, que ante la falta de oportunidades laborales en otros ámbitos⁴ encuentran en ellos una alternativa de trabajo (Blancas, 2018:610). En algunas estimaciones se señala que

⁴ Mientras que durante décadas, el personal de salud —particularmente el personal médico— ocupó puestos con contrataciones formales y estables en las instituciones de salud públicas, en los últimos años dichas condiciones de contratación se han ido mermando. Esto ha dado lugar al desempleo, pero también a nuevas figuras de contratación en el sector público y privado que sitúan a una parte de estos trabajadores en una posición inestable y vulnerable (Nigenda et al., 2012).

emplean a un aproximado de 36 000 médicos (Vega, 8 de mayo de 2021). Si bien para algunos laborar en un CAF tiene ventajas, como tener la posibilidad de ejercer su profesión al egresar de la carrera sin mayores dificultades para ser contratados, o servirse del espacio para ingresar al mercado laboral antes de entrar a una especialidad, o bien, después de haberse jubilado de una institución pública (Morán, 2020), también se ha encontrado que las condiciones laborales suelen ser precarias, pues hay inestabilidad laboral, baja remuneración, carencia de prestaciones o escaso o nulo control de las condiciones de trabajo del personal médico (Blancas, 2018; Díaz Portillo et al., 2017; Gómez Sánchez et al., 2018; Leyva y Pichardo, 2012). Por su creciente presencia dentro del sistema de salud mexicano, es pertinente contar con información sobre cómo estos médicos han ejercido la práctica médica en esta coyuntura.

Por otro lado, es de particular interés analizar los efectos de la pandemia en una entidad como Oaxaca, caracterizada por presentar una mayor vulnerabilidad ante la crisis actual debido a sus altos índices de pobreza y rezago social, a la precariedad de su estructura sanitaria y a los bajos indicadores en salud (CONEVAL, 2020:36-39). Por esta razón, la presente investigación se desarrolló en CAF ubicados en Oaxaca de Juárez, municipio que concentra el mayor número de casos acumulados por covid-19 en la entidad y en donde, además, se localiza el 40 % de los CAF de Oaxaca (Consultorios «simi», 22 de agosto de 2017). Al igual que en el resto del país, en los últimos años este municipio, junto con los que conforman la Zona Metropolitana de Oaxaca, ha sido testigo de un crecimiento en la oferta de servicios de salud privados, sobre todo de establecimientos de atención primaria como los CAF (López, Miguel y Hernández, 2020:828). En 2017 se estimó que en la entidad había un total de 1 398 farmacias (Consultorios «simi», 22 de agosto de 2017), 248 con consultorio anexo (16 %) (Díaz Maldonado, 23 de agosto de 2017).

Metodología

Este artículo muestra resultados parciales de una investigación exploratoria cuyo objetivo es indagar en las funciones desempeñadas por los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) durante la pandemia. Se empleó una metodología cualitativa que amalgama información proveniente de entrevistas a profundidad realizadas a ocho médicos de CAF ubicados en Oaxaca de Juárez, de conversaciones informales con usuarios que fueron contactados en las salas de espera, de

observación realizada en dichos espacios y de la aplicación de 40 cuestionarios a usuarios de dos consultorios de farmacias, así como de diversas fuentes secundarias. No obstante, para este artículo solo se recupera la información que proviene de las entrevistas a médicos y la revisión de materiales hemerográficos, documentos académicos, bases de datos, informes de encuestas y páginas web.

La investigación se realizó en CAF ubicados en cinco colonias del área central de Oaxaca de Juárez, cuyos nombres no se indican para preservar el anonimato de los participantes. La elección de este municipio obedece a que, por un lado, es el que tiene más casos acumulados de covid-19 en el estado y, por otro, concentra el 40 % de los CAF de Oaxaca, por lo que hay un aproximado de cien consultorios.

La temporalidad del trabajo de campo abarcó de noviembre de 2020 a abril de 2021. Este consistió en hacer visitas sistemáticas a consultorios de cadenas como Farmacias Similares y Farmacias del Ahorro, con la finalidad de contactar a los médicos, realizar las entrevistas, conversar con los usuarios y aplicarles el cuestionario. Cabe decir que, durante esas fechas, en México se suscitó la «segunda ola» de la pandemia,⁵ aspecto que determinó el rumbo que tomó el proyecto, la complejidad del trabajo de campo, y los obstáculos presentados para obtener la confianza y apertura de los médicos. De igual modo, el trabajo se hizo cuando todavía no comenzaba la vacunación masiva, por lo cual ni yo ni ninguno de los participantes había recibido la vacuna para covid-19.

La autorización para participar en la investigación se solicitó directamente a los médicos, una vez que me presentaba en el consultorio y les explicaba los objetivos del estudio. La invitación se realizó a 25 médicos de los cuales solo 10 aceptaron. Las razones por las cuales el resto no dio su consentimiento fueron la falta de tiempo, el considerar que mi presencia en el consultorio podía ser un factor de riesgo para el contagio y, principalmente, el temor a ser sancionados por sus superiores. De los 10 médicos que dieron su autorización, únicamente pude entrevistar a ocho ya que, al momento del contacto, una de las doctoras solo tenía una semana de experiencia laboral en estos establecimientos, y el otro no logró encontrar un espacio para agendar la entrevista, pues no aceptó que se hiciera durante su horario de trabajo.

Los ocho médicos entrevistados cumplen con los criterios de selección, es decir, haber trabajado en un CAF desde el inicio de la pandemia y tener disposición

⁵ En México, entre febrero de 2020 y marzo de 2022 se registraron cuatro olas de contagio. La segunda ocurrió a finales de 2020 y principios de 2021, y aunque no fue la que registró mayor número de contagios, sí fue la que presentó el mayor número de defunciones a nivel nacional, hasta 1 500 muertes diarias (CIGA, 2022).

para ser entrevistados presencialmente o a distancia. Entre las características de los colaboradores se encuentran que todos laboran para una de las farmacias con gran presencia a nivel nacional, tienen una experiencia de trabajo de más de un año en un CAF y son egresados de universidades de la región: la Universidad Autónoma Benito Juárez (UABJO) y la Universidad Regional del Sureste (URSE). Cinco son varones y tres mujeres, con edades que oscilan entre los 27 y los 52 años. La edad promedio es de 35 años. Ninguno padece alguna comorbilidad.

La técnica de investigación principal fue la entrevista. Se realizaron entrevistas a profundidad a los ocho médicos, las cuales tuvieron como base un guion que incluyó los siguientes temas: perfil sociodemográfico y formativo, experiencia de trabajo en consultorios de farmacia, el rol de los CAF frente a la covid-19 y experiencias vividas como médicos en la pandemia. Todas las entrevistas, excepto una, se hicieron de forma presencial en el interior de los consultorios, en horarios de poca afluencia de pacientes que los propios médicos eligieron. Solo en un caso se realizó por teléfono debido a que la participante así lo prefirió. Si bien las entrevistas cara a cara permitieron profundizar más en la información, también implicaron una constante angustia por el temor a ser contagiada. Con excepción de la entrevista telefónica que duró una hora, las demás duraron de dos horas y media a cinco. Los tiempos variaron en función de la disponibilidad de los médicos y de su facilidad de palabra, pero también de la empatía que se generó con ellos.

Las entrevistas fueron transcritas y, posteriormente, procesadas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti, el cual permitió codificar el material empírico e identificar las siguientes categorías de análisis: a) alcances y limitaciones de los CAF ante la pandemia, b) procesos de atención médica al coronavirus, c) cambios y continuidades en la atención, d) percepción del riesgo y vulnerabilidad, e) percepciones y prácticas de atención al covid-19, f) perfil sociodemográfico y laboral de los médicos, j) relación médico-paciente, y k) prácticas de prescripción y consumo de medicamentos. Tras definir estas categorías, se determinó el eje temático a abordar en este artículo, la percepción del riesgo y vulnerabilidad, por ser uno de los más densos en cuanto a la cantidad y calidad del material obtenido.

Entre las consideraciones éticas, cabe decir que a todos los participantes se les explicaron los fines del estudio así como el manejo de la información proporcionada; se les indicó que se emplearían pseudónimos y que no se mencionarían las ubicaciones de sus lugares de trabajo para garantizar su anonimato. Tampoco se menciona el nombre de la cadena de farmacias para la cual trabajan como una medida de evitar posibles problemas a los participantes. Por último, se trabajó con un consentimiento informado que los informantes dieron de manera verbal.

Riesgo, vulnerabilidad y el «deber ser» del médico

«¿Dónde están los médicos?», me preguntó una usuaria que conocí en la sala de espera de un consultorio de una colonia de clase media en la capital oaxaqueña. Antes de llegar ahí, la mujer había acudido a dos consultorios cercanos a su vivienda pero en ninguno encontró médicos en turno. Durante los recorridos que hice por distintos consultorios me encontré con este fenómeno, cortinas cerradas por falta de médico, o un solo doctor en turno cuando generalmente funcionan con dos sanitarios, uno responsable del turno matutino y otro del vespertino. Tras consultar a los empleados de la farmacia sobre estas renunciadas, obtenía respuestas semejantes: «el médico se fue desde que inició la pandemia» o «ahorita no hay médico, dejó de venir». Además, los entrevistados hacían constante referencia a este suceso:

Muchos consultorios ahorita están cerrados. Están solicitando médicos a más no poder, la mayoría... yo creo que la mitad de consultorios cerraron. Son muchos, muchos consultorios que ahorita no tienen médico y que por más que están solicitando nadie quiere, pero desafortunadamente esto no va acabar ahorita, o sea, es algo con lo que vamos a vivir por mucho tiempo más. Y entonces ¿qué van a hacer? A lo mejor tienen las posibilidades económicas, a lo mejor no. El miedo es feo ¿no? (Daniela, entrevista, 11 de abril de 2021).

Este fenómeno de falta de médicos es producto de cierto tipo de respuestas a una situación de riesgo, las cuales se deben a criterios como la percepción de vulnerabilidad que el personal médico tiene sobre sí mismo (Nichter, 2006). De acuerdo con lo indicado por los entrevistados, muchas renunciadas procedieron de adultos mayores, señalados como población de riesgo desde el inicio de la epidemia. De 25 médicos contactados durante el trabajo de campo, solo uno era mayor de 40 años.⁶

El miedo al contagio es uno de los motivos principales por los cuales varios médicos dejaron sus lugares de trabajo, temor que se hace tangible si consideramos las afectaciones que este sector sufrió. En el caso de los médicos de los CAF, no hay información oficial que dé cuenta del número de contagiados y fallecidos, por lo que los datos con los que se cuenta provienen de asociaciones

⁶ Otras fuentes indican que este fenómeno se dio de forma generalizada en distintos puntos del país. La Asociación Nacional de Distribuidores de Medicinas (Anadim) informa que el 18 % de sus médicos agremiados dejó de atender por ser población vulnerable.

privadas. La Anafarmex estima que el 30 % del personal médico de farmacias fue contagiado de covid-19 en 2020 (Médicos de farmacias, 12 de febrero de 2021), mientras que la Unión Nacional Interdisciplinaria de Farmacias, Clínicas y Consultorios señala que entre sus agremiados —que también incluye a médicos de otros establecimientos privados— se presentaron 137 defunciones para mediados de 2021 (Ortega, 16 de abril de 2021). Por su parte, la Fundación Best informó a su personal que en octubre de 2020 se habían contagiado 120 médicos, según me comunicó uno de los entrevistados.

Asimismo, las renunciaciones de estos médicos también estuvieron motivadas por la oferta de opciones laborales que, ante la crisis de salud pública, fueron promovidas por el Estado, como sucedió con la oferta de plazas temporales para médicos generales en los hospitales reconvertidos para la atención al covid-19, en las cuales participaron algunos médicos de CAF, de acuerdo con lo señalado por varios entrevistados. Otro motivo de las renunciaciones fue la merma de los ingresos a causa de la disminución en la afluencia de pacientes durante los primeros meses de pandemia, fenómeno que desde la perspectiva de los participantes se debió al miedo de ser contagiado en un consultorio. Cabe aclarar que en la cadena de farmacias donde los entrevistados trabajan, el personal médico no recibe salario, sino que su remuneración depende del pago directo por los servicios otorgados. La baja en sus ingresos y la mayor percepción de riesgo en la primera fase de la pandemia fueron factores que nutrieron las declinaciones para continuar laborando:

Varios médicos se han ido, han renunciado porque no tiene caso estarse aquí exponiendo por unos pesos que sacas al día, porque eso es lo que ganas, es muy, muy poco, a lo mejor algunos que tienen más consulta pues sí les va mejor, pero en consultorios como este que casi no hay consulta, no conviene al médico. Entonces varios han preferido irse. Y los que estamos aquí todavía pues sí nos da miedo contagiarnos porque estamos expuestos [...]. De hecho, mucho tiempo estuvo cerrado este consultorio, desde que inició la pandemia. Lo que pasa es que la doctora que antes estaba aquí se fue por lo mismo de la pandemia, le dio miedo contagiarse y prefirió irse. Y así ha pasado con muchos, han cerrado varios consultorios porque se han ido los doctores. Sí te la piensas, dices «por lo que uno se lleva aquí no tiene caso», a lo mejor si te va muy bien llegas a sacar 400 o 500 pesos al día en un solo turno, pero si no, pues la verdad es que mejor dices «no, gracias» (Jacinto, entrevista, 18 de febrero de 2021).

La decisión de renunciar o seguir trabajando en un lugar de exposición está condicionada por cómo se piensa el médico en términos de vulnerabilidad a una enfermedad como el covid-19, pero también por otros factores. Así como algunos prefirieron dejar su empleo, los entrevistados —quienes a pesar de que en algunos casos lo evaluaron, no dejaron su trabajo— reconocen que no lo hicieron por las siguientes razones: por no considerarse particularmente vulnerables al covid-19, por valorar que su deber era ejercer su profesión pese a las condiciones adversas o por tener necesidades económicas y saber que difícilmente podían conseguir otro empleo.

Por ahora nos concentramos en este último punto, el cual conduce a resaltar el papel de las condiciones objetivas en la percepción y manejo del riesgo. Menéndez (1998:55) plantea que lo que los sujetos piensan y hacen ante una situación de riesgo toma sentido en el marco de constreñimientos socioculturales y estructurales. Como fue señalado antes, el personal médico de los CAF se encuentra frente a un mercado de trabajo acotado y en una posición laboral precaria. Entre las condiciones que pueden generar una mayor situación de vulnerabilidad y percepción del riesgo se encuentran la falta de seguridad social y de otras prestaciones laborales, o el tener una situación laboral y económica inestable que dificulte al médico acceder a una atención en caso de enfermar él o algún miembro de su familia.

Un ejemplo de esto se observó con dos médicos que se contagiaron de covid-19. Aunque ninguno presentó complicaciones por la enfermedad, ambos definieron su situación como crítica al tener que dejar de trabajar para guardar el confinamiento y, por ende, dejar de recibir ingresos. De hecho, uno de ellos solo dejó de trabajar cuatro días —cuando la recomendación sanitaria en ese momento era aislarse quince—, por lo que aun siendo positivo tuvo que regresar al consultorio. Además de la necesidad económica, el doctor tuvo que incorporarse antes porque no encontró a otro colega que «cubriera» su turno, tarea que los médicos de esta cadena deben hacer cuando se ausentan de su trabajo. En el caso de la otra informante, su preocupación central era no contar con seguridad social ni con las posibilidades económicas de costear su atención en caso de agravarse:

Sobre todo me daba miedo que se me complicara porque nosotros no tenemos prestaciones, no tenemos Seguro Social ni nada, entonces me hubiera tenido que ir a un particular y ¿de dónde saco dinero para pagar un particular? Ahorita nada más por cin-

co horas de hospitalización, y estudios y honorarios de los médicos te están cobrando como 14 000 pesos, ¿de dónde saco eso? Y a un [hospital] público el problema es que es muy difícil que te acepten, está muy controlado (Sandra, entrevista, 26 de febrero de 2021).

Esta inquietud se advirtió como generalizada y como una de las principales dificultades de trabajar en un CAF, particularmente en tiempos de pandemia, en los que el riesgo de enfermarse aumenta:

Ha sido muy difícil porque nosotros para empezar no tenemos seguridad de, por ejemplo, IMSS, ISSSTE o algo. No contamos con seguro, no contamos con prestaciones, no contamos con una u otra cosa, y pues es el miedo siempre de enfermarse. Te digo sobre todo porque si me enfermo, voy a tener que ir a un particular, atenderme en algún particular y el dinero... (Daniela, entrevista, 11 de abril de 2021).

Ahorita nosotros hemos tenido suerte. Lo hemos sobrellevado con las amistades, con mis compañeros de trabajo, las cuestiones de salud de mis hijas las he visto con ellos, y siempre el gremio médico nos apoyamos, los especialistas. Generalmente yo llevo a mis hijas, voy recomendada o los conozco, y generalmente no me cobran. Los estudios yo voy y me los hacen con descuento, entonces, no he requerido una institución, pero si dios no lo quiere, si tengo un proceso más fuerte ¿qué voy a hacer? Esa es la preocupación, pero nos hemos adaptado hasta ahorita (Gabriela, entrevista, 2 de abril de 2021).

Lugares y condiciones «peligrosas»

Otro factor que influye en la percepción del riesgo son las condiciones del entorno, ya que inciden en el grado de exposición que siente la persona en el espacio en el cual se desenvuelve (Nichter, 2006:112). Por sus características físicas, el consultorio médico es percibido como un lugar peligroso donde hay que tomar precauciones y estar en guardia. Aunque en algunos se instaló un panel protector sobre el escritorio para crear una barrera entre el médico y el paciente, la sensación de riesgo sigue manifiesta:

Es un lugar muy chiquito, si tú te das cuenta aquí está uno muy expuesto, no hay ventilación realmente, la única ventilación es esa cosita [señala una pequeña ventana con rendijas], entonces, llega un pacientito y ¿qué hay que hacer? Sanitizar, limpiar todo, y también el cloro te irrita demasiado. Estar encerradita aquí es muy pesado por la cuestión del cloro, a cada ratito hay que estar echando cloro. Es un consultorio muy

chiquito, no tiene ventilación, entonces es mucha exposición (Sandra, entrevista, 10 de febrero de 2021).

El entorno del consultorio no solo es considerado peligroso o de «mucha exposición» por sus características físicas, sino por ser un espacio donde hay una potencial circulación del SARS-CoV-2 al confluir personas sospechosas y confirmadas con el diagnóstico de covid-19. Para algunos entrevistados, el flujo de pacientes con síntomas de covid ha sido elevado, como lo estima el doctor Roberto, quien entre marzo y diciembre del año 2020 atendió a un aproximado de 50 pacientes positivos. Un caso parecido es el de Daniela, quien en los primeros meses de la pandemia llegó a atender dos o tres pacientes al día con síntomas de esta enfermedad.

Por el contrario, otros médicos señalan que los pacientes con síntomas de covid atendidos han sido pocos. No obstante, esto no necesariamente les hace sentir menos riesgo, pues está en juego la posibilidad de que cualquier paciente sea portador del virus:

Trabajar en estos tiempos aquí en el consultorio, pues sí es difícil, porque no sabes si la persona que llega al consultorio trae o no trae la enfermedad, en cuanto a la exposición que uno está teniendo con el pacientito (Sandra, entrevista, 21 de febrero de 2021).

Siempre va a haber cierto temor por la cuestión de los pacientes, porque obviamente hay pacientes asintomáticos que pueden venir por alguna otra situación, y pues ya son portadores del virus, o los que francamente ya tienen manifestaciones clínicas y pues también está uno más expuesto (Antonio, entrevista, 17 de diciembre de 2020).

Con esto se observa que el coronavirus modificó la percepción del riesgo en todos los niveles de atención, no solo en el ámbito hospitalario o en las áreas de atención a esta enfermedad. Como lo plantea Muñoz (2022:38), este virus también afectó la atención ambulatoria porque cualquier paciente que llega puede ser portador de covid-19.

En este juego de riesgo e incertidumbre influye que las principales causas de consulta en los CAF son las infecciones respiratorias (Morán, 2020; Pérez Cuevas et al, 2014). De hecho, al comienzo de la pandemia varios médicos se negaron a atender pacientes con estas enfermedades, iniciativa que meses después fue frenada por la fundación que rige estos establecimientos, colocando letreros en las salas de espera donde se indica: «En este consultorio sí se atienden enferme-

dades respiratorias». De este modo, se advierte cómo la percepción del riesgo se vincula con las condiciones del entorno y con la valoración que el médico hace sobre el grado de exposición al que se enfrenta.

«El médico no debe tener miedo». Las respuestas ante una crisis

La profesión médica genera representaciones y prácticas que legitiman social y técnicamente a quien la ejerce, «necesita producir una conducta de rol según la cual el médico representa que es médico» (Menéndez y Di Pardo, 1996:57). En investigaciones realizadas en el contexto de las epidemias de ébola en África y de influenza en el Reino Unido, los autores identificaron la importancia que tienen las concepciones preconstruidas sobre la profesión médica en las respuestas del personal sanitario. Mientras que Gee y Skovdal (2017) aluden a la «obligación de cuidar» a los pacientes como el eje conductor de la práctica médica ejercida durante el brote de ébola, Ives et al. (2009:5) hacen referencia al «deber de trabajar» aún bajo situaciones amenazantes. Ambas respuestas están ligadas a la idea de vocación de servicio, componente central de la profesión médica.

En ese sentido, las respuestas del personal médico de los CAF a la pandemia de covid-19 están condicionadas por esta conducta de rol que establece la profesión médica, de modo que para algunos el rechazo al miedo es la única respuesta posible:

No, yo no, miedo nada, nada de miedo. Tú no tienes por qué tener miedo. Tú eres el primero que tienes que tener seguridad. O sea, el médico no debe tener miedo, de entrada, el médico general no debe tener miedo, porque se supone que eres el que tiene el conocimiento. Debe tener el conocimiento y en base a eso puede actuar ¿no? Imagínate si te ve el paciente todo temeroso, pues no, así que tienes que tener primero que todo seguridad (Sebastián, entrevista, 29 de enero de 2021).

El asumir que el miedo va a repercutir en la práctica clínica forma parte de ciertos despliegues emocionales que son válidos y no válidos para un médico: lo que se espera de este no es que se muestre temeroso, angustiado o sensible, sino que haya una efectividad técnica de su parte (Calixto y Campos, 2021:22-24) así como una actitud racional y segura.

Ahora bien, dentro de esta legitimación de ciertos comportamientos y despliegues emocionales también hay que considerar que los médicos son sujetos sociales con un margen de acción que se ejerce en un ambiente de constreñimien-

tos institucionales y profesionales. Por ello, a pesar de anteponer una actitud de servicio al paciente, algunos médicos aceptaron que en ocasiones la situación los rebasó emocionalmente, reconociéndose como sujetos vulnerables:

Al inicio de lo que fue la pandemia me dio un cuadro de ansiedad. El miedo de atender a algún pacientito que venía con gripita, que a lo mejor no era [covid], sí me dio mucha ansiedad. Yo no quería venir en un momento a trabajar, me daba mucho miedo a lo mejor traer el virus y que se complicara. De todos modos vine a trabajar, pero ya no atiendes como deberías de atender por el miedo. Llega un momento en que entra un pacientito que tú sabes que es sospechoso, y a veces me entraba como un tipo de ansiedad posterior a que lo atendía, me empezaba a doler la cabeza, me empezaba como un poquito de dificultad para respirar, que todo es ya psicológico, era una opresión en el pecho, eran náuseas, eran mareos, a veces me dolía hasta todo el cuerpo, y a veces no podía seguir atendiendo. Eso era así como que el impacto psicológico de que atiendes a los pacientitos y es muy, muy desgastante (Sandra, entrevista, 10 de febrero de 2021).

Como se muestra en este fragmento, el hecho de que los médicos reproduzcan comportamientos legitimados por su profesión no significa que anulen ciertas emociones que reconocen como negativas en la medida en que afectan su consulta y la relación médico-paciente. Sin duda, un aspecto que sería necesario indagar en futuras investigaciones es cómo la pandemia ha modificado esta relación.

De la incertidumbre al saber médico como forma de reducción del daño

Como se indicó previamente, la incertidumbre solo existe si hay riesgo, pues la idea de riesgo únicamente se genera cuando hay un estado de desconocimiento respecto a algo de valor para los sujetos (Bolhom, 2003:166). En la actual crisis sanitaria, la incertidumbre se hace más plausible que nunca y conduce a los sujetos a intentar llenar «el vacío de sentido» (García López, 2020:44) que deja una amenaza natural que interpela nuestra existencia en el mundo.

La incertidumbre es una característica inherente a la profesión médica (Freidson, 1994) que se manifiesta en distintos momentos de la práctica médica al emitir diagnósticos, prescribir tratamientos o dar pronósticos de las enfermedades de

los pacientes (Gale et al., 2016).⁷ Igualmente, se hace latente al estar en riesgo la condición de seguridad de los propios médicos por encontrarse expuestos a contagios o a adquirir enfermedades, pero también por estar más propensos a demandas o acusaciones por parte de los pacientes. En el caso de los sanitarios en el contexto de pandemia, la incertidumbre se manifiesta al desconocer si el próximo paciente será el causante de un contagio, si el tratamiento prescrito será efectivo o si ellos mismos enfermarán y contagiarán a sus familiares.

Las recientes investigaciones sobre el personal sanitario durante la pandemia muestran el peso que toma la incertidumbre. Rojas, Estrada y Warn (2021:199) encontraron que, cuando empezó la crisis, el desconocimiento de la enfermedad y la falta de protocolos oportunos y claros eran la principal causa de contagios y estrés en el personal sanitario. A su vez, Trujillo (2021:31) señala que «el desconocimiento de un tratamiento adecuado para los pacientes ha contribuido a que los médicos se sientan impotentes, desamparados y su salud mental se encuentre afectada». Por su parte, Muñoz (2022:34) argumenta que la llegada del SARS-CoV-2 implicó un cambio en la percepción del control y la certidumbre obtenida desde el conocimiento biomédico y epidemiológico de las enfermedades que los médicos estudian y tratan en los hospitales.

En otro trabajo sobre la percepción del riesgo al covid-19 en la población iraní, Samadipour et al. (2020:3, 6) describen que en los trabajadores de la salud dos factores que aminoran esta percepción son el acceso y uso adecuado de equipos de protección y la promoción de políticas de entrenamiento en los centros de trabajo. En la misma línea, Simione y Gnagnarella (2020:17) dan cuenta de que entre el personal sanitario italiano el sentido del riesgo está moldeado por los conocimientos técnico-científicos que se tienen sobre los agentes patógenos y sus efectos.

En concordancia con estos antecedentes, se encontró que para los entrevistados este periodo ha implicado una incesante búsqueda de certezas para comprender la etiología, la posología y las formas de prevención del nuevo virus, así como para encontrar estrategias a fin de sentirse más seguros. Uno de estos caminos ha sido la adquisición de conocimientos, como señala uno de los entrevistados: «la seguridad viene del conocimiento»: «Yo creo que vas a lo mejor

⁷ El manejo de la información sobre el diagnóstico y el pronóstico de una situación de salud es una forma de regular la incertidumbre que llevan a cabo los profesionales médicos (Alonso, 2013:117). En un trabajo anterior retrato cómo en los primeros meses de la pandemia el pragmatismo se convirtió en el motor principal para emitir los diagnósticos y tratamientos que los médicos de consultorios de farmacias dan a pacientes con sospecha de covid-19, en un ambiente de incertidumbre ante la falta de pruebas diagnósticas o de protocolos clínicos formalizados (Morán, 2021).

informándote, leyendo cómo puedes prevenirlo, cómo puedes evitar ese contagio, y pues ya como que me dio un poquito más confianza de ya atender a los pacientes» (Sandra, entrevista, 10 de febrero de 2021).

Durante el proceso formativo, se entrena a los médicos en ciertas formas de pensar y actuar frente a eventos de incertidumbre (Fox, 1980:5), como incorporar conocimientos científicos y técnicos que aparentemente dan mayor certeza y generan una impresión de mayor dominio respecto a cómo actuar. Sin embargo, como plantea Freidson, la incertidumbre es inevitable en la práctica médica pese a que desde el imaginario social se asuma que las intervenciones y criterios médicos son certeros por estar científicamente fundamentados (Nishujima y Blima, 2016:18).

La percepción sobre el riesgo entre los médicos está moldeada por saberes socializados mediante una formación médica que homogeneiza a dichos profesionales, creando en estos una racionalidad técnica sobre el proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez y Di Pardo, 1996). Entre los médicos de farmacias se forma un saber médico sobre el covid-19 que se construye mediante diversas rutas que van desde el autoaprendizaje hasta las experiencias personales de cada curador con esta enfermedad.

Los entrevistados consideran que un aspecto que los distingue del personal de salud que trabaja en el sector público o en la medicina privada corporativa es que ellos han sido los principales responsables de imbuirse en el estudio del coronavirus, en tanto la farmacia para la que trabajan no les brindó capacitaciones más allá de compartirles folletos o materiales informativos. Quienes tuvieron alguna capacitación, la recibieron por la iniciativa propia de inscribirse en cursos gratuitos ofrecidos por el sector salud:

—¿Han tenido alguna capacitación, algún curso de actualización sobre covid?—indago.
—¿Por parte de la empresa? No, por parte de lo que es gobernación sí, son las capacitaciones que se empezaron a dar. Que eso ya creo que depende de cada médico, cómo se quiere llevar a cabo un curso de capacitación, que ahorita cursos hay muchísimos, pero sí, eso ya es de cada quien. Yo en mi caso tomé un curso por parte del IMSS. Ellos te están dando la información, haces una evaluación que ellos mismo te presentan, ya te dan tu constancia de que estuviste capacitado para los diferentes temas que se están dando de covid —me explica (Roberto, entrevista, 27 de noviembre de 2020).

No todos los médicos están informados sobre estos cursos. Por el contrario, algunos los desconocen, e incluso consideran que por su posición como médi-

cos de consultorios de farmacia tienen más limitaciones para acceder a cursos y capacitaciones ofrecidos por diversas instancias:

No los he tomado por parte del Sector Salud. La verdad, desconozco completamente si los ha habido, y es precisamente porque a nosotros prácticamente sí nos dejan como tal de lado. Por no pertenecer a una institución, pues sí, va a ser difícil realmente tener ese tipo de información (Antonio, entrevista, 17 de diciembre de 2020).

Generalmente, la vía más empleada para actualizarse en el SARS-CoV-2 es la autodidacta, esto es, mediante la revisión de artículos científicos o publicaciones en las redes sociales —en grupos de médicos en Facebook o por notas y artículos que comparten otros colegas en WhatsApp u otra red—. Asimismo, la comunicación entre pares resulta un canal de acceso a la información muy efectivo, el cual ha sido utilizado por estos médicos para conocer la evolución de pacientes ante un determinado tratamiento o la sintomatología que presentaron:

Cada quien busca en artículos, experiencias médicas de algunos doctores, incluso entre nosotros luego nos preguntamos: fijate que me llegó este pacientito, ¿tú qué opinas del tratamiento?, ¿qué le mando a hacer? Y ya te dicen: yo opino esto, esto y esto (Sandra, entrevista, 20 de febrero de 2021).

Una forma con la que he aprendido sobre el covid es con el grupo de compañeros de la fundación. Tenemos compañeros que suben artículos o links de algunas páginas, donde ellos leen y consideran que es buena información, también de ahí he leído. Ahorita en físico pues no, porque como es una enfermedad reciente, pues hay muy poca evidencia de cuando empezó (Jaime, entrevista, 26 de marzo de 2021).

Uno de los argumentos de este trabajo es que el saber médico no solo se fundamenta en una racionalidad biomédica centrada en conocimientos técnicos y científicos, sino que también se nutre del conjunto de experiencias, prácticas y conocimientos adquiridos empíricamente. Esto es consecuente con la propuesta de Menéndez y Di Pardo, quienes proponen que el saber médico incorpora aspectos científicos y socioculturales que los profesionales adquieren durante el proceso de socialización profesional y que sintetizan en términos de una racionalidad técnico-ideológica (Menéndez y Di Pardo, 1996:49, 51).

Ante una enfermedad nueva sobre la cual la ciencia médica trabaja a gran velocidad elaborando y validando un corpus de conocimientos científicamente legitimados, pero cuyas respuestas van más lentamente que lo demandado en

la práctica clínica cotidiana, apelar al conocimiento empírico es fundamental. Es entonces cuando la experiencia diaria permite conocer más sobre el covid-19, consumando un grado de especialización con una importante base empírica. Una de las participantes reafirmó esta idea al mencionar que, un año después de iniciada la pandemia, había aprendido a identificar qué tipo de tos le parecía «sospechosa» de un posible coronavirus, y no de una faringitis o una gripa.

Bajo esta idea, la conformación del saber médico también está supeditada a la dimensión experiencial, esto es, al conjunto de experiencias vividas por los médicos en su trayectoria biográfica. Gee y Skovdal (2017:5-8) plantean que, para el caso del ébola, las experiencias pasadas de los trabajadores de la salud con esa u otra enfermedad infecciosa determina su percepción del riesgo. A esto puede añadirse que no solo determina cómo se percibe el riesgo, sino también la forma en que se constituyen los saberes médicos sobre dicho virus. Por ejemplo, Muñoz (2022) encontró que uno de los aspectos condicionantes en cómo los médicos de hospitales de tercer nivel enfrentan el covid-19 es haber tenido, o no, esta enfermedad.

Un ejemplo identificado en este trabajo es el de la doctora Daniela, quien en enero de 2021 se enfermó de covid. Todos los miembros de su familia se contagiaron, y algunos de ellos resultaron severamente afectados: su suegro falleció, su padre fue intubado y su esposo requirió de oxígeno suplementario. Daniela comentó que en el transcurso de 2020 tuvo una gran cantidad de pacientes con coronavirus, por lo cual adquirió expertiz para diagnosticar y tratar la enfermedad. Cuando ella y su familia se enfermaron, junto con la asesoría de dos médicos especialistas, se encargó de dar atención y tomar las decisiones sobre sus trayectorias de atención. Tal situación la obligó a afianzar lo que ya sabía y a especializarse aún más en el tema:

He tenido experiencia porque a mi papá ya le dio covid, y a mi mamá. Mi papá estuvo muy grave, lo tuvimos que internar porque, aunque estaba con los especialistas, con la neumóloga, infectólogos y todo, pues empezó a des-saturar. Entonces yo lo tuve que internar en el IMSS. En el IMSS lo intubaron, estuvo entubado, y salió mi papá, y de ahí pues, la verdad, aprendí mucho, más lo que tenemos que estar leyendo constantemente. Y sí, ahorita ya como que los tratamientos están un poquito más... como más establecidos. Al principio se le daba cuanta cosa, a ver realmente qué es lo que les ayudaba porque no sabíamos, porque es una enfermedad nueva y no sabíamos cómo tratarlos, nos daba miedo tratarlos, incluso. Ahorita ya hay un poquito más acerca de la enfermedad y del tratamiento, entonces, pues hemos ido aprendiendo... bueno, en

mi caso yo he ido aprendiendo desafortunadamente con mi familia ¿no? A mí también me dio covid, y a mi esposo, a mis hijos, a mi suegra, mi suegro, mis cuñados, a todos. Entonces, la verdad, he aprendido un montón, pues por experiencia y porque he estado en contacto con neumólogos, con infectólogos... (Daniela, entrevista, 11 de abril de 2021).

La expertiz y los conocimientos adquiridos por los médicos funcionan como dos de las principales formas para tener certezas sobre la enfermedad y, por ende, como una eficiente práctica de reducción del daño que aminora la incertidumbre y, de ese modo, mengua el riesgo. Este saber médico tiene un sustento científico, y a la vez incluye creencias, experiencias, conocimientos y prácticas adquiridas durante la vida profesional y cotidiana, lo que valida la idea de que las concepciones de los «expertos», sujetos con juicios y acciones moldeadas social y culturalmente, incorporan elementos de las visiones legas (Lupton, 2006).

Consideraciones finales

En este artículo se pretendió mostrar de qué modo se configuran la percepción del riesgo y la incertidumbre entre el personal médico de consultorios adyacentes a farmacias ubicados en la capital del estado de Oaxaca durante el contexto de la pandemia de coronavirus. Asimismo, se describió la conformación del saber médico que estos sujetos desarrollan ante el covid-19 y su eficacia como práctica de reducción del daño.

A lo largo del documento se describe que la percepción del riesgo está formada por diversos factores, entre ellos, la percepción de vulnerabilidad que cada médico tiene sobre sí mismo, la cual no solo tiene que ver con la identificación de factores de riesgo, sino con: su situación laboral y socioeconómica; la evaluación que hacen sobre las condiciones del entorno donde se desempeñan; la fase temporal de la pandemia; la experiencia clínica con pacientes con síntomas de covid-19; las experiencias personales y familiares que han tenido con esta enfermedad; y el manejo de los protocolos de atención, así como de la información sobre los mecanismos de prevención del virus, es decir, el desarrollo de un saber médico en torno a dicha patología.

A su vez, las respuestas al riesgo dependen de condiciones estructurales que acotan las acciones de los sujetos, de constreñimientos impuestos por la profesión médica, a la vez que de las experiencias y subjetividades de los médicos. De ese modo, pese a que se intenta seguir una conducta de rol centrada en el

deber de ayudar al otro, así como un comportamiento consecuente con la idea de objetividad, neutralidad y racionalidad como criterios definitorios del ejercicio biomédico, en algunos casos también se muestra una vulnerabilidad emocional que reconoce las afectaciones a la salud mental y física, y los perjuicios que eso puede generar en la práctica médica. Es decir, se muestra que la «coraza emocional» que el profesional aprende a portar puede llegar a sufrir cuarteaduras ante coyunturas complejas que comprometen la vida propia y de la gente que los rodea. En resumen, la percepción y el manejo del riesgo están colectivamente articulados por aspectos biográficos, socioculturales, institucionales y estructurales.

Además de eso, se esbozó el papel de la incertidumbre entre profesionales acostumbrados a lidiar con ella, pero en un evento plagado de vacíos de sentido y de desconocimiento se vuelve el lugar común de la práctica médica. Como respuestas a la incertidumbre y al riesgo, los médicos implementan prácticas de reducción del daño. Una de ellas, quizá la más efectiva, es adquirir conocimientos y prácticas sobre el problema en cuestión y, de ese modo, desarrollar nuevos saberes médicos que los «especializan» de forma autónoma y empírica. En relación con esto, se argumentó que el saber médico aglutina una racionalidad técnica sobre el proceso salud-enfermedad-atención, de igual forma que sobre las experiencias, representaciones y prácticas socioculturales adquiridas por los sanitarios en su trayectoria vital y profesional (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Por último, cabe decir que el presente trabajo es un aporte a los estudios empíricos sobre el riesgo, tarea que resulta de vital importancia para alcanzar entendimientos más íntimos de la realidad diaria en la cual la gente reconoce y negocia con amenazas, y de tal modo lograr una comprensión real de la categoría social de riesgo (Wilkinson, 2001:11). El carácter complejo, contradictorio y dinámico del riesgo, y su manifestación entre sujetos legos y expertos, solo pueden entenderse cuando se mapea desde aproximaciones sociológicas y antropológicas que retraten los contextos y sus matices (Lupton, 2006:22).

Asimismo, es de suma relevancia documentar las experiencias que los médicos de los CAF tienen en un contexto doblemente complejo, por un lado, a causa de la contingencia sanitaria que se vive y, por otro, debido a su precaria situación laboral y socioeconómica. Pese a que con la pandemia más medios de comunicación pusieron los ojos sobre ellos, continúa siendo un sector que ha permanecido a la sombra de las políticas sanitarias implementadas por las autoridades federales y locales (Morán, 2021). Muestra de ello es la nula información estadística que las instituciones oficiales tienen sobre dichos profesionales, la carencia

de programas de capacitación mediante convenios acordados con las cadenas de farmacia o la exclusión hacia estos trabajadores del programa de vacunación a personal de salud, hecho que generó importantes pugnas y reclamos a inicios de 2021.

Este trabajo de naturaleza exploratoria pretende evidenciar vetas de indagación para futuros estudiosos que desde la antropología y la sociología médica estén interesados en analizar el riesgo, la incertidumbre y las precariedades en el ámbito de la práctica médica. En tal sentido, la pandemia se torna un pretexto ideal para adentrarnos en el estudio de tales cuestiones, cada vez más presentes en los múltiples espacios sanitarios que integran los sistemas de salud de la era neoliberal.

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento otorgado para realizar este proyecto de investigación posdoctoral, y al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, sede Pacífico Sur, por el apoyo y las facilidades brindadas durante mi estancia.

Bibliografía citada

- Alonso, Juan Pedro. (2013). La incertidumbre como producción colectiva: ambigüedades en torno al pronóstico de enfermedades terminales. *RUNA*, XXXIV(1), 113-132. doi: 10.34096/runa.v34i1.565
- Blancas, Edgar Noé. (2018). Síntomas de precariedad. La profesión del médico y los consultorios adyacentes a farmacias. En Cristina Bayón, Sara Ochoa y José Guadalupe Rivera (coords.), *Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las ciencias sociales. Vol. III. Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico*. México: Consejo Mexicano de Ciencias Sociales. Disponible en <https://www.comecso.com/ciencias-sociales-agenda-nacional/cs/article/view/121/309>
- Bolhom, Asa. (2003). The Cultural Nature of Risk: Can There Be an Anthropology of Uncertainty? *Ethnos*, 68(2), 159-178. doi: 10.1080/0014184032000097722
- Calixto, Aitxa y Campos, Roberto. (2021). El sacrificio como requisito profesional: el caso de la formación médica hospitalaria en Oaxaca, México. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 9, 1-31. Disponible en <http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/lat/article/view/693>

- Chertorivski, Salomón et al. (2020). *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*. México: Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México. Disponible en [razon.com.mx/uploads/files/2020/09/09/La%20gestion%20de%20la%20pandemia%20en%20Mexico.%20Analisi%20preliminar%20y%20recomendaciones%20urgentes.pdf](https://www.razon.com.mx/uploads/files/2020/09/09/La%20gestion%20de%20la%20pandemia%20en%20Mexico.%20Analisi%20preliminar%20y%20recomendaciones%20urgentes.pdf)
- CIGA. (2022). *Covid-19. Monitoreo de la situación por estados*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <https://covid19.ciga.unam.mx/apps/covid-19-monitoreo-de-la-situaci%C3%B3n-por-estados/explore>
- Colchero, Arantxa, Moreno Aguilar, Luis Alberto y Bautista Arredondo, Sergio. (2021). The Covid-19 Cascade of Care in Mexico: Symptoms, Positivity, and Health Care Seeking Decisions Amid the Pandemic. *Salud Pública de México*, 63, 734-742. doi: 10.21149/12822
- Colchero, Arantxa et al. (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, 851-858. doi: 10.21149/11547
- CONEVAL. (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Oaxaca. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Consultorios «simi», fuera de control en Oaxaca. (22 de agosto de 2017). *NVI Noticias*. Disponible en <https://www.nvinoticias.com/salud/oaxaca/consultorios-simi-fuera-de-control-en-oaxaca/16816>
- Díaz Maldonado, Israel. (23 de agosto de 2017). Consultorios anexos a farmacias no siguen criterios sugeridos por la Cofepris en Oaxaca. *Saludiaro*. Disponible en <https://www.saludiaro.com/consultorios-de-farmacias-se-expanden-sin-control-en-oaxaca/>
- Díaz Portillo, Sandra et al. (2017). Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 459-465. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.10.013
- Douglas, Mary. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona, Buenos Aires: Paidós Ibérica, Paidós.
- ENSANUT. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados Nacionales*. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fox, Renee. (1980). The Evolution of Medical Uncertainty. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 58(1), 1-49. Disponible en <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-58/issue-01/58-1-The-Evolution-of-Medical-Uncertainty.pdf>
- Freidson, Elliot. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gale, Nicola, Thomas, Gareth, Thwaites, Rachel, Greenfield, Sheila y Brown, Patrick. (2016). Towards a Sociology of Risk Work: A Narrative Review and a Synthesis. *Sociology Compass*, 10(11), 1046-1071. doi: 10.1111/soc4.12416
- García López, Andrés Eduardo. (2020). La pandemia en la cotidianeidad: el covid-19 y las nuevas dinámicas globales. En Grupo de Investigación Corona Social (coords.), *Ensayos desconfiados. Ideas de debate para la post pandemia* (pp. 35-50). Badajoz: AnthroPiQa 2.0.

- García García, Juan José. (1998). Medición del riesgo en epidemiología. Primera parte. *Revista Mexicana de Pediatría*, 65(2), 76-83. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-1998/sp982i.pdf>
- Gee, Stephanie y Skovdal, Morten. (2017). The Role of Risk Perception in Willingness to Respond to the 2014-2016 West African Ebola Outbreak: A Qualitative Study of International Health Care Workers. *Global Health Research and Policy*, 2, 1-10. doi: 10.1186/s41256-017-0042-y
- Gómez Sánchez, Eduardo et al. (2018). Consultorios médicos adscritos a farmacias. ¿Una opción de trabajo para recién egresados? *Revista de Educación y Desarrollo*, 44, 29-38. Disponible en https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/44/44_Gomez.pdf
- Ives, Jonathan et al. (2009). «Healthcare Workers» Attitudes to Working during Pandemic Influenza: A Qualitative Study. *BMC Public Health*, 9(56), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-9-56
- Jaramillo, Jefferson. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes del discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso. *Entramado*, 8(2), 124-136. Disponible en <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/3432>
- Jodelet, Denise. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco*, 21(1), 133-154. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1515-94852011000100006
- Labora González, Juan José y Fernández Vilas, Enrique. (2022). Vulnerabilidad, riesgo y salud: aproximación antropológica al diagnóstico como proceso. *EN-CLAVES del Pensamiento*, 0(31), e496. doi: 10.46530/ecdp.v0i31.496
- Leyva Piña, Marco y Pichardo, Santiago. (2012). Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 8(1), 143-175. Disponible en <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/97>
- López Hernández, Ruffo Cain, Miguel Velasco, Andrés y Hernández López, Ana Patricia. (2020). La salud urbana de las ciudades de Oaxaca y la reducción de las desigualdades económicas en el uso de servicios de salud. En Sergio de la Vega et al. (coords.) *Factores críticos y estratégicos en la interacción territorial desafíos actuales y escenarios futuros* (pp. 815-832). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. Disponible en http://ru.iiec.unam.mx/5258/1/AMECIDERVolumen%20III%202020_070121.pdf
- Lupton, Deborah. (2006). Sociology and Risk. En G. Mythen y S. Walklate (eds.), *Beyond the Risk Society: Critical Reflections on Risk and Human Security* (pp. 11-24). Maidenhead: Open University Press.
- Médicos de farmacias, en plan de vacunación contra Covid-19. (12 de febrero de 2021). *El Herald de México*. Disponible en <https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2021/2/12/medicos-de-farmacias-en-plan-de-vacunacion-contra-covid-19-256606.html>

- Médicos del Doctor Simi cobran 40 pesos por consulta durante pandemia. (8 de junio de 2020). *Imagen Radio*. Disponible en <https://www.imagenradio.com.mx/medicos-del-doctor-simi-cobran-40-pesos-por-consulta-durante-pandemia>
- Menéndez, Eduardo. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVII(46), 37-67. doi: 10.24201/es.1998v16n46.638
- Menéndez, Eduardo. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, Eduardo y Di Pardo, René. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Morán, Ana. (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). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México. Disponible en <https://ciasa.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1022>
- Morán, Ana. (2021). Los consultorios adyacentes a farmacias en tiempos del Covid-19: crisis y omisiones del sector salud. *Alteridades*, 31(61), 9-20. Disponible en <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/1239Z>
- Muñoz Martínez, Rubén. (2022). Riesgo, Covid-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿Hacia una nueva práctica médica? *Noesis. Revista de Ciencias Sociales*, 31(61), 26-46. doi: 10.20983/noesis.2022.1.2
- Nichter, Mark. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, 20, 109-132. doi: 10.29340/20.1033
- Nigenda, Gustavo et al. (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 616-623. Disponible en <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7177>
- Nishijima, Yuri y Blima, Lilia. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21. doi: 10.18294/sc.2016.864
- Ortega, Ariadna. (16 de abril de 2021). La vacunación desaira al personal médico de farmacias, a pesar de 137 decesos. *Expansión Política*. Disponible en <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/04/15/voces-vacunacio-medicos-farmacias-137-decesos>
- Pérez Cuevas, Ricardo et al. (2014). Effects of the Expansion of Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies in Mexico: Secondary Data Analysis of a National Survey. *BMJ Open*, 4(5), 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004669
- Rojas, Georgina, Estrada, Margarita y Warn, Lisa. (2021). «No hay nada seguro». Personal de salud frente al virus desconocido y la atención en la pandemia. *Desacatos*, 65, 190-201. Disponible en <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2364>
- Samadipour, Ezat et al. (2020). Assessment the Risk Perception of Healthworkers of Covid-19 Disease. *Research Square*. Disponible en <https://assets.researchsquare.com/files/rs-104039/v1/3df4a33b-c7af-4191-b35d-87748da6728c.pdf?c=1631860664>

- Sánchez-Talanquer, Mariano et al. (2021). *La respuesta de México al Covid-19: estudio de caso*. San Francisco: University of California, Institute for Global Health Science. Disponible en https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Simione, Luca y Gnagnarella, Camilla. (2020). Differences between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviours and Psychological Distress Related to Covid-19 Spread in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11(2166). doi: 10.3389/fpsyg.2020.02166
- Trujillo, Patricio. (2021). Etnografía de la culpa en tiempos de Covid. *Narrativas Antropológicas*, 2(4), 29-35. Disponible en <https://revistatest.inah.gob.mx/index.php/narrativasantropologicas/article/view/16941>
- Valadez, Marisa. (2020). Emociones, precariedad y trabajo: el personal de salud ante la pandemia de Covid-19. Reflexión desde un hospital público mexicano. En Stella Evangelidou y Ángel Martínez Hernández (eds.), *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (pp. 59-60). Tarragona: Universitat de Rovira i Virgili. Disponible en <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/448/465/1046-1>
- Vega, Andrea. (8 de mayo de 2021). La Covid dejó a José sin levantarse: médico de farmacia enfrenta meses de recuperación. *Animal Político*. Disponible en <https://www.animalpolitico.com/2021/05/medico-farmacia-covid-recuperacion/>
- Vicente, Teresa, Moreno, María y Rabanaque, Gloria. (2020). Ni todo es covid-19 ni toda la autopercepción sanitaria es heroica. En Stella Evangelidou y Ángel Martínez Hernández (eds.) *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (pp. 41-44). Tarragona: Universitat de Rovira i Virgili. Disponible en <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/448/465/1046-1>
- Vitela, Natalia. (14 de junio de 2020). Refieren farmacias 36 mil casos al día. *Reforma*. Disponible en <https://www.reforma.com/libre/acceso/accesofb.htm?urlredirect=/refieren-farmacias-36-mil-casos-al-dia/ar1965692>
- Wilkinson, Ian. (2001). Social Theories of Risk Perception: At Once Indispensable and Insufficient. *Current Sociology*, 49(1), 1-22. doi: 10.1177/0011392101049001002

Cómo citar este artículo:

Morán Pérez, Ana Victoria (2022), «Riesgo, incertidumbre y covid-19 entre el personal médico de consultorios adyacentes a farmacias de Oaxaca de Juárez». *Revista Pueblos y fronteras digital*, 17, pp.1-27, doi: 10.22201/cimsur.18704115e.2022.v17.600.