

Desigualdades en salud desde una etnografía en “farmacias de barrio” en Argentina

Health inequalities from an ethnography of Argentina's “neighborhood pharmacies”

María Pozzio^{1,2}  

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - ARGENTINA

²Universidad Nacional Arturo Jauretche - ARGENTINA

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.367> | Páginas: 74-87

Fecha de envío: 15-09-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

En el marco de una investigación sobre profesión farmacéutica en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, este artículo busca poner de relieve la centralidad de la “farmacia de barrio” como puerta de entrada a la comprensión de las desigualdades en salud. A partir de un trabajo de campo etnográfico realizado en “farmacias de barrio”, pudimos dar cuenta de las características de la atención farmacéutica en relación a las particularidades de cada población, de las interacciones cotidianas a través del mostrador entre “pacientes/clientes” y personal farmacéutico y el modo en que ese cotidiano se convierte en un espacio de atención y cuidados sanitarios. La propuesta es mostrar el modo en que las desigualdades sociales “entran” en la farmacia como consumos diferenciados de medicamentos y artículos médicos, cobertura social y tipo de demandas de atención de acuerdo con el perfil socio-sanitario del “barrio”. El material de análisis proviene del trabajo de campo realizado en tres ciudades: Ensenada, Florencio Varela y Mar del Plata, situadas en la Provincia de Buenos Aires.

Palabras clave: farmacias, barrio, desigualdades, salud, pacientes/clientes.

Abstract

In the framework of research on the pharmaceutical profession in Buenos Aires province (Argentine), this article highlights the centrality of “farmacias de barrio” (neighborhood pharmacies) as an entry point to understanding health inequalities. From ethnographic fieldwork developed in “farmacias de barrio” of Buenos Aires province, we were able to realize the characteristics of pharmaceutical care linked with the particularities of each population, the everyday interactions through the counter between “patients/clients” and pharmaceuticals employees; and the way that these everyday interactions become a place of healthcare. The proposal is to show the way in which social inequalities enter in pharmacies like differentiated consumption of medicine and medical products, social assurance and demands of healthcare. The material of analysis came from a fieldwork done in three cities of Buenos Aires province, the most populated in the country, these cities are: Ensenada, Florencio Varela y Mar del Plata.

Keywords: pharmacies, neighborhoods, inequalities, health, patients/clients.

Introducción

América Latina es considerada una de las regiones más desiguales del mundo, una región donde el 10% más rico de la población tiene en promedio ingresos 12 veces mayores que el 10% más pobre y donde uno de cada cinco habitantes es clasificado como pobre (BID, 2024). Esta desigualdad impacta en el acceso a la salud y en la expectativa de vida de la población, como lo muestra el último informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en salud de la Organización Mundial de la Salud-OMS (WHO, 2025). Sobre la contribución de la salud a la desigualdad, existen importantes análisis que plantean cómo influye disponer o no de un sistema público y universal de acceso a la salud en las condiciones de vida de los sectores más vulnerables (Abramo, Cecchini & Hullmann, 2020); pero también, la forma en que los distintos sub-sistemas de atención médica (contributivos o no contributivos) reproducen las diferencias en los resultados en salud (Stampini, Medellín & Ibarra, 2023). Existen pocos datos disponibles sobre la desigualdad con relación al acceso a farmacias y consumo de medicamentos.

Considero importante partir de estos diagnósticos generales para problematizarlos, como han hecho algunos análisis de las ciencias sociales latinoamericanas al plantear la necesidad de considerar las desigualdades en plural. Esto significa que no existe una sola desigualdad, sino múltiples y es muy importante en la comprensión de la diversidad del fenómeno distinguir el lugar de las desigualdades heredadas y el peso de los distintos procesos histórico-políticos que la han configurado. Se insiste con firmeza en la importancia de no subsumir la desigualdad a la pobreza ni reducir ambas a lo exclusivamente económico (Jelin, Motta & Costa, 2020). Estos análisis, a su vez, han permitido la incorporación de múltiples categorías para conceptualizar la desigualdad, produciendo una diversificación metodológica de sus abordajes. En este marco, el presente artículo buscará comprender una de estas desigualdades, la desigualdad en salud, a partir de una investigación etnográfica realizada en “farmacias de barrio” de la provincia de Buenos Aires (PBA), en Argentina. Ahora bien ¿qué es una farmacia de barrio? ¿Cómo es posible desde allí captar algunos aspectos de la desigualdad en salud? A continuación, buscaremos ir dando respuesta a estos interrogantes.

En Argentina, la ley nacional 17565¹ establece que “La preparación de recetas, la dispensa de drogas, medicamentos, incluidos los denominados de venta libre y de especialidades farmacéuticas, cualquiera sea su condición de expendio, sólo podrán ser efectuadas en todo el territorio de la Nación, en farmacias habilitadas” (Infoleg, S/F). De acuerdo con esta normativa, será luego cada provincia la encargada de constituir una autoridad competente para hacer efectiva dicha habilitación. En el caso de la PBA, es su Ministerio de Salud quien tiene a cargo la función de habilitar y auditar el funcionamiento de las farmacias y quien delega en el Colegio de Farmacéuticos (organismo de los profesionales) la regulación de la actividad, otorgando matrícula a quienes dispongan de un título de farmacéutica/o brindado por una Universidad. Queda establecido así que cada farmacia del amplio territorio provincial debe estar regida de manera obligatoria por la dirección técnica (o co-dirección) de un/a farmacéutico/a matriculado/a. La PBA está dividida en 134 distritos distribuidos en 307 mil kilómetros cuadrados, donde vive casi el 40% de la población del país. En este territorio existen 4500 farmacias, las cuales son consideradas como un servicio de utilidad pública. En ese amplio universo de farmacias, existen algunas de un tamaño pequeño, localizadas en localidades chicas o en

¹ La ley citada sigue vigente con sucesivas modificaciones, incluidas las propuestas por el llamado “megaDNU”, decreto de necesidad y urgencia dictado por el presidente Milei al inicio de su gestión y que busca des-regular la dispensa de medicamentos, quitándole injerencia profesional al colectivo farmacéutico.

zonas residenciales –barrios– de ciudades medianas y/o grandes, donde el farmacéutico/a dueño/a de la farmacia es quien está por lo general presente “detrás del mostrador”. En estas farmacias, “el mostrador” puede ser considerado como el espacio que divide el salón donde las personas acceden a la farmacia del lugar donde están quienes trabajan allí: en esta perspectiva el mostrador se constituye en la línea divisoria entre el espacio público y el espacio más privado de la farmacia² (donde se depositan y custodian los productos médicos y medicamentos, etcétera).

En las “farmacias de barrio”, las personas que asisten reciben un tratamiento de “pacientes”, priorizándose un abordaje sanitario, lo cual implica conocer a la persona, su familia, su situación social, su padecimiento, etcétera. A través del mostrador, predominan relaciones de confianza y proximidad y eso posibilita el despliegue de lo que se conoce como “atención farmacéutica”, donde no sólo se dispensa el medicamento o producto médico solicitado, sino que se brinda conserjería, contención y cuidados. Las farmacias de este tipo son las que suelen llamarse en término de los actores como “farmacias de barrio” por oposición a las “farmacias del centro” que son aquellas donde predominan relaciones anónimas, más comerciales y efímeras, donde las personas son consideradas básicamente como “clientes”. En este artículo, entonces, “farmacias de barrio” hace referencia a una forma “nativa”, propia de los actores sociales, para aludir a esa farmacia de cercanía, donde predominan las relaciones de confianza y donde el o la farmacéutica, director/a técnico del lugar, es una persona conocida por sus pacientes.

Este artículo se basa en un trabajo de campo etnográfico realizado en “farmacias de barrio” de la PBA en sucesivas etapas desde 2020: dicha investigación me ha permitido identificar las relaciones que se dan a través del mostrador, a saber, relaciones de intercambio entre farmacéuticas/cos, empleados de farmacia, pacientes/clientes³, agentes de propaganda médica de laboratorios, trabajadores de droguerías, etcétera. En esas relaciones e intercambios, a uno y otro lado del mostrador pasan: dinero, conocimiento, medicamentos, confianza. Es por ello que considero que dichas relaciones actualizan una de las tensiones más estructurales de este ámbito, que es la tensión entre el modelo sanitario de farmacia –donde predomina un ethos profesional de brindar un servicio de salud y “resolver” el problema de la persona, considerada como “paciente”–; con el modelo comercial, donde la farmacia es considerada como un negocio que debe subsistir, donde la o el farmacéutico debe desarrollar múltiples habilidades comerciales y financieras y las personas son consideradas como “clientes”. De este modo, la comprensión de esas relaciones en escala microsociológica y cotidiana también permiten entenderlas como relaciones asimétricas. Es esa asimetría la que hace posible, desde la perspectiva de observar lo que sucede a través del mostrador, captar la reproducción de algunas desigualdades, especialmente, las desigualdades en salud.

Desigualdades en salud: algunas precisiones

Si como planteamos más arriba, la premisa es partir de una noción plural de las desigualdades, también es necesario hacer algunas precisiones sobre cómo este concepto es pensado en el

² Por lo general, el espacio “privado” de la farmacia contempla: una oficina administrativa, depósitos, un pequeño laboratorio para preparación de magistrales, gabinete de atención (para inyecciones, etc.) baño y muchas veces, un espacio de descanso para quien realiza el turno (obligación de permanecer abiertos y brindar atención durante 24 horas) que, dependiendo del distrito, puede tener cada farmacia, una o dos veces por mes.

³ Si bien desde las ciencias sociales se ha criticado la noción de “paciente”, por verla asociada a un lugar pasivo y hasta sumiso en relación con el personal médico, en el contexto de este trabajo, “paciente” alude a la forma en que los farmacéuticos acentúan su rol de trabajo sanitario en el trato con las personas; está en tensión con la idea de “cliente”, también presente, y que remarca el aspecto comercial de las relaciones establecidas.

campo de la salud. Al respecto, los especialistas en el tema plantean que se trata de una de las desigualdades más estructurales y persistentes de América Latina (Martich, 2021). Por ello, al analizarla, proponen pensarla en dos aspectos: como desigualdad en el acceso a los servicios de salud y como desigualdad en los resultados de salud. La primera (desigualdad en el acceso) se operacionaliza considerando como unidad de análisis al individuo que accede o no a los servicios de salud; la segunda, enfoca más en una escala poblacional, por cuanto es aprehensible a partir de datos como la morbilidad de las poblaciones. Tanto en una como en otra, es importante entender la desigualdad en salud en su necesaria interrelación con otros ejes, lo que en términos del pensamiento sanitario ha sido conceptualizado como la determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA). A su vez, esta noción de la determinación social ha generado un debate interesante, que, aunque brevemente, es importante mencionar.

La epidemiología clásica, basada en modelos estadísticos y matemáticos, fue criticada entre otras cosas por su ceguera ante el peso de las cuestiones socio-políticas y sus consecuencias en términos de salud, especialmente a partir de la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y la declaración de Alma Ata en 1978 (Castellanos, 2025). Los primeros planteos latinoamericanos en este sentido pueden ser identificados a partir de la llegada de Pedro Luis Castellanos a la Organización Panamericana de la Salud y los esbozos de incorporar el proceso salud-enfermedad a los análisis más cuantitativos, a partir de los esbozos de una "epidemiología social" (Menéndez, 2023). El surgimiento de una crítica a la epidemiología clásica en perspectiva latinoamericana se fue consolidando a partir de los trabajos de varios autores y escuelas, enrolados principalmente en la medicina social y la salud colectiva (Almeida Filho, 1992). No es mi intención aquí profundizar en esta rica tradición, pero sí me interesa reponer algunos planteamientos de uno de los autores más renombrados de esta epidemiología crítica y social, el ecuatoriano Jaime Breihl, cuyo análisis permite enriquecer la perspectiva de la captación, medición y reflexión de las desigualdades en salud. La cuestión de lo social, convertido en "determinante" o "factor" fue enriquecido con el planteamiento de Breihl, quien, de la mano de autores clásicos del norte global como Rawls y Sen, buscó poder poner en relación las nociones de diversidad, desigualdad y justicia (2023). Con ello, distingue la equidad de su opuesto, la inequidad; y la justicia de su opuesto, la iniquidad. Esto es importante para pensar las consecuencias de la inequidad y la iniquidad respecto al acceso a los servicios de salud y el estado de salud de las poblaciones.

El debate del lugar de los PSEA y sus vínculos con la desigualdad no pertenecen exclusivamente al campo del pensamiento epidemiológico. Para los fines de este artículo, considero importante mencionar un aporte enriquecedor producido desde la antropología médica latinoamericana, como es el del antropólogo argenmex⁴, Eduardo Menéndez. Menéndez criticará la idea "fuerte" de determinación: no hay algo, un hecho, un conjunto de variables cuya existencia o no, es determinante en términos absolutos. Más bien, señala el autor, es importante conocer las formas en que lo económico, lo social y lo político van condicionando los PSEA, pero no desde una visión apriorística sino desde un análisis social sustantivo que articule teoría y etnografía.

En resumidas cuentas, estos aportes brevemente presentados aquí, buscan poner de relieve la forma en que las desigualdades sociales permean, producen y reproducen las desigualdades en salud. Es

⁴ "Argenmex" es una expresión nativa, que puede ser entendida como gentilicio, y referencia sobre todo al exilio argentino desembarcado en México, especialmente en el mundo universitario y académico. Eduardo Menéndez, argentino radicado en México desde su exilio en dicho país de los años setenta, es un buen ejemplo de "argenmex".

a partir de esta idea que el presente artículo buscará, desde un trabajo de campo situado en la PBA, Argentina, y en perspectiva etnográfica, conocer y analizar un proceso concreto de manifestación de esas desigualdades en salud, posibles de ser captadas en el cotidiano de “farmacias de barrio”.

Al respecto, es importante realizar algunas aclaraciones. En el trabajo de campo en las farmacias quedó claro que las mismas forman parte de los servicios de salud, no sólo porque para muchas personas, son la “puerta de entrada” para recibir atención médica, sino porque en Argentina, la dispensa de medicamentos prescritos por el personal de salud autorizado (médicos, odontólogos, veterinarios exclusivamente) se realiza de manera masiva desde las farmacias comunitarias u oficiales (que aquí denominé como “farmacias de barrio”, precisando sus características). Así, en una articulación compleja, los profesionales de alguno de los subsistemas de salud del país (coexisten 3 subsistemas, más adelante se amplía esta cuestión) otorgan una receta al paciente, que concurre a la farmacia para obtenerlo: en el mostrador se produce la validación de la receta mediante la aprobación del descuento o cobertura total de parte del prestador sanitario y luego de eso, se realiza la dispensa efectiva del medicamento o producto médico. Entonces, si bien estamos en un espacio de salud privado (donde el farmacéutico puede ser dueño o director técnico del lugar) en las relaciones que cruzan el mostrador se pone en acto la cobertura social y el acceso al medicamento; ambas cuestiones constituyen aspectos centrales del funcionamiento de los subsistemas de salud vigentes en el país (incluso del público donde la persona puede obtener una receta, pero no siempre el medicamento). De esta forma, tomar como punto de partida a las farmacias supone dar relevancia a las relaciones que se dan a través del mostrador, desde donde es factible captar las desigualdades en salud en términos de acceso. En este sentido, se podría entender el acceso como “acceder a una farmacia” -acceso que no siempre se da- o como será analizado en este artículo- como “acceso al medicamento en la farmacia”. Al mismo tiempo, la perspectiva desde una “farmacia de barrio” también implicará ver la escala poblacional: las características socio-sanitarias de los barrios donde están situadas las farmacias son aprehendidas desde lo que sucede en el mostrador: quiénes son las personas que concurren allí, cuáles sus características en términos de estratificación social, lo cual es posible captar a partir de sus consumos realizados en la farmacia y de disponer o no de cobertura sanitaria.

La cobertura sanitaria de las personas en Argentina puede darse en algunos de los 3 subsistemas que existen y no son excluyentes entre sí⁵. Estos 3 subsistemas son el privado, el de obras sociales y el público. El primero suele ser llamado “medicina prepaga” y se trata de un sistema de seguro completamente privado, elegido por las personas de mayores ingresos. Las obras sociales son entidades sindicales vinculadas al sector laboral de las personas y es lo que se conoce como sistema contributivo, donde son las contribuciones del empleador y del empleado las que financian el sistema. Entre ellas, por la extensión poblacional de su cobertura destacan las obras sociales públicas como PAMI (es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados creado en 1971 y más conocido por las siglas de Programa de Asistencia Médica Integral) e IOMA (Instituto de Obra Médica Asistencial, obra social pública de la PBA, creada en 1957). Por último, el sistema público, universal, que puede ser administrado por el gobierno nacional, el provincial o municipal y que en los hechos es mayormente utilizado por las personas que no tienen ninguna otra cobertura; usar servicios públicos de salud no siempre implica, sobre todo para tratamientos

⁵ Esto significa que una persona puede tener una obra social obligatoria por su empleo, pagar además una medicina pre-paga y hacer uso de los servicios públicos de salud.

crónicos, tener acceso a los medicamentos (aunque hubo épocas en que esto sí se garantizó, como con la creación en 2002 del Plan Remediario). En los casos de personas que no tienen empleo formal, el gasto de los medicamentos es un gasto que sale enteramente de su bolsillo e implica una carga importante en el presupuesto familiar.

Etnografía en la farmacia

“Te forjás en el mostrador”, “A mí me encanta el mostrador, soy charlatana y me encanta”, “Es un termómetro de lo que pasa”, “El mostrador es nuestra trinchera”. Estas son algunas de las frases recogidas al azar en mis conversaciones con las y los farmacéuticos de la PBA. De muy diversas formas, ellas y ellos recogen la centralidad del mostrador como un espacio de intercambio y, sobre todo, como una forma de ver y entender esas relaciones y lo que sucede más allá de ellas. Por eso, en este artículo propongo dos elecciones metodológicas concomitantes: la primera es que las farmacias son una puerta de entrada a la comprensión de las desigualdades en salud; la segunda, que la forma de captar estas desigualdades se desarrolla *en el mostrador o desde el mostrador*, esto es, en las relaciones cotidianas, a escala microsociológica, a ras del suelo (Abélés, 1997), que se dan allí. El campo, como espacio de interacciones a analizar, va más allá del mostrador; no obstante, para este artículo, he elegido partir desde la perspectiva de las y los farmacéuticos que están en el mostrador, que allí charlan con la gente, que allí se “forjan”, para quienes ese lugar es una forma de ver lo que sucede más allá y es por eso, también, “una trinchera”.

El material de análisis de este artículo forma parte de una investigación de más largo alcance sobre la profesión farmacéutica en la PBA.⁶ Como parte de la misma, se decidió profundizar en lo que se llama “farmacia de oficina” o “farmacia comunitaria”, que es la práctica profesional de quienes ejercen en “farmacias de barrio”. He realizado sucesivas estancias de trabajo de campo en farmacias de diferentes localidades de la PBA, en los años 2020, 2022 y 2024. En este artículo he elegido los siguientes materiales del trabajo de campo: Farmacia 1, realizado en la primavera austral de 2022 en un barrio elegante y residencial de la ciudad balnearia de Mar del Plata; Farmacia 2 entre febrero y mayo de 2024 en una ciudad pequeña e industrial cercana a la capital provincial; Farmacia 3, a lo largo de 2024, en una localidad periurbana de una ciudad situada en el sudeste del Área Metropolitana de Buenos Aires. En cada una de estas farmacias, como veremos, predomina la asistencia de un tipo de paciente diferente, con cobertura de salud diferente y eso permite, a grandes rasgos, plantear que a la primera asisten mayormente personas que tienen “medicina prepaga”, en la segunda predominan personas con obra social pública (IOMA y PAMI) y en la última, personas que no tienen ningún tipo de cobertura social para medicamentos.

El trabajo etnográfico es considerado aquí en tanto una técnica de investigación cualitativa y un enfoque de análisis. Como técnica de recolección de datos implicó observación en las farmacias y conversaciones en profundidad con farmacéuticas/cos y empleadas/dos de farmacia durante la jornada de trabajo. El lugar de la observación fue del lado del mostrador que ocupan profesionales y empleados, lo cual implica no sólo una perspectiva de espacio de las interacciones sino también, la elección de una perspectiva de los actores sociales. Entender a la etnografía como enfoque de análisis supone que buscaré poner a dialogar las categorías de los actores con las categorías analíticas: en

⁶ Una versión preliminar de este artículo fue presentada en las IV Jornadas de Democracia y Desigualdades desarrolladas en la Universidad Nacional de José C. Paz, Argentina, en septiembre de 2024.

este caso, el marco teórico de las desigualdades.

Farmacia 1: Barrio Los Troncos, Mar Del Plata.

Situada en la mitad del litoral atlántico de la provincia, Mar del Plata es la ciudad balnearia más importante y conocida de la Argentina. En sus orígenes pasaban allí los veranos los sectores más acaudalados del país y en el transcurso del siglo XX, especialmente a partir de los gobiernos del peronismo clásico, se convirtió en una de las principales sedes del turismo sindical. Según el último censo (2022) viven allí 667.082 personas.

La farmacia P⁷ es “casi” una farmacia de cadena: las farmacias de cadena, grandes tiendas donde se ofrecen tanto medicamentos como diversos productos de cosmética, higiene, etcétera, no están permitidas en la PBA, pues las farmacias no pueden estar bajo la forma de sociedades anónimas. Pero existe un formato permitido, el de sociedad en comandita, que permite la sociedad de un administrador capitalista que puede tener más de una farmacia, siendo obligatorio que en cada una de ellas haya un farmacéutico como director técnico. De este modo, la farmacia P tiene varias sucursales en Mar del Plata y cada una de ellas tiene su propio director técnico. Hay una misma administración, un mismo logo, ofertas, empleados que rotan, pero cada sucursal es distinta. La del barrio Los Troncos, es un local amplio, nuevo, luminoso, con pisos de porcelanato y amplias góndolas con productos cosméticos. Las empleadas dicen que es una “farmacia de barrio” porque está donde estaba “la vieja farmacia del barrio”, el farmacéutico (DT) es el mismo de antes y ellas, las empleadas, conocen a los vecinos. Al rato de que la empleada me contara eso, llegó Eugenio, un señor muy mayor: lo recibieron con un pastelito y una velita encendida porque sabían que era su cumpleaños. Eugenio va todos los días a la farmacia así que el recibimiento fue muy cálido. La empleada que le cantó el feliz cumpleaños me contó que ella atiende por las mañanas en esta farmacia y por las tardes en otra, que está en un barrio más popular, cercano al puerto. Ella nota las diferencias entre un barrio y otro, una farmacia y otra, y mientras mira hacia afuera por el amplio ventanal me cuenta: “allá se consume un montón por tiras, viste. la gente es más de clase baja y te pide *buscapina*,⁸ la tira está \$800⁹ y entonces te piden media tira... y te piden un montón de *buscapina*, porque la gente come peor, menos vegetales, más porquerías, entonces tienen más problemas estomacales”. Entonces va y busca las barritas de azufre, le cuesta encontrarlas y me explica: “acá ni se venden, pero allá salen un montón. Allá hay mucha creencia, mucha automedicación, en cambio acá la gente no compra tanto esas cosas... acá ves mucho OSDE, MEDIFÉ¹⁰...”. En estas palabras podemos ver varias claves que, en términos de la empleada de farmacia, dan cuenta de las desigualdades: en el consumo, el tipo de consumo, los hábitos alimentarios y el tipo de cobertura médica. Al mismo tiempo, la cuestión de la automedicación y las “creencias” es considerada como algo de las “clases bajas”, que sólo sucede en la otra farmacia, la cercana al puerto, no en la de aquí, un barrio elegante, de grandes chalets normandos típicos de la arquitectura histórica de la ciudad. Al rato, entra una señora mayor a quien conoce y con quien se quedan charlando. La señora le cuenta que está tratando de cambiar el tratamiento de la diabetes por uno más basado “en lo natural y el ayurveda”. Cuando ella se va, me cuentan que hay mucha demanda de productos naturales, de suplementos dietarios y productos

⁷ Siguiendo el consentimiento informado acordado con mis informantes, he anonimizado o modificado todo tipo de referencias (nombre de la farmacia, nombres de las personas)

⁸ Es el nombre comercial de un conocido antiespasmódico abdominal.

⁹ Todos los precios que se mencionan son en pesos argentinos con valores de septiembre de 2022.

¹⁰ Nombres de Medicina prepaga

vinculados al mercado de lo “saludable”, probióticos, dermocosmética, etcétera: “es un barrio con varios geriátricos, de los buenos, viste...y vienen los hijos y los nietos y si bien todos tienen PAMI, compran más cosas de este tipo, que no te las cubre ninguna obra social”. A la mañana siguiente, una de esas personas, un hombre de unos 40 años, mientras charlaba en el mostrador con una de las empleadas, contó el monto que pagaba por la cobertura social de su familia, que es una cifra abultada equivalente casi a un salario mínimo, sin embargo, no lo contaba jactándose sino con un tono de ironía, pues “además de eso”, estaba pagando por otros productos -vitaminas y gotas para los ojos. Una señora mayor, con bastón, el cabello rubio y la piel bronceada, muy elegante, compró *tafirol* (una marca de paracetamol) y una crema cosmética de 7 mil pesos. Otra persona entró y pidió *diclofenac*¹¹, pero pidió especialmente el de un laboratorio (Denver) considerado como un buen laboratorio y no uno de los que vende “genéricos”; subrayo esta elección del laboratorio pues en otras farmacias donde he realizado observación, se suele pedir *diclofenac* y sólo se distingue entre sódico y potásico si el empleado o farmacéutico pregunta y en casi todos los casos, se lleva el más barato. Está muy extendida la idea de que el “genérico” (o medicamento que no lleva la marca del laboratorio más conocido o dueño de la patente) por ser barato no es tan bueno como el original. Esta es una narrativa sostenida y reproducida por los laboratorios y los agentes de propaganda médica, que cala profundo, sobre todo en los sectores que pueden y eligen comprar por marca.

En esta farmacia, las empleadas hablan de los “clientes” para referirse a las personas que asisten: pero esa idea de cliente no es exclusivamente comercial, sino que implica matizar el lucro por una idea de que son clientes a los que hay que resolverles un problema. Esta breve descripción nos permite ver no sólo el modo en que la empleada de la farmacia describe las poblaciones diferenciales de una y otra farmacia, de uno y otro barrio, sino también cómo esa descripción se ve reforzada por los consumos -tipo, volumen, valor de compra- de quienes asistieron los días que realicé observación allí.

Farmacia 2: Barrio Mosconi, Ensenada

Ensenada es una ciudad que forma parte de lo que se conoce como el Gran La Plata, que es el área urbana en torno de la capital de la provincia. Está ubicada sobre la costa este del Río de la Plata y allí se ubica la principal refinería de petróleo de la empresa argentina YPF, el Astillero público Río Santiago y parte del puerto local. Es una zona que, junto a la ciudad vecina de Berisso, conformaron un importante polo industrial conocido en términos políticos por ser de donde salieron las primeras columnas de trabajadores que apoyaron a Perón en las jornadas de creación del movimiento peronista, el 17 de octubre de 1945.

La farmacia M está ubicada sobre una de las avenidas de acceso a la ciudad, junto a un club deportivo de los trabajadores del astillero. Es una farmacia pequeña, prolífica, bien surtida y bastante nueva, en un barrio con muchos jubilados de la empresa YPF. Asiste gente de todas las edades, pero la mayoría es gente grande con cobertura de PAMI y/o IOMA. La farmacia abrió en 2011 y en esa época, recuerda la farmacéutica: “todavía había mucha pequeña empresita, relacionada con YPF, viste, había como un resurgimiento y vendíamos mucho OSPE -Obra social de los petroleros- y el trabajador tenía plata en el bolsillo así que también vendíamos consumo de hombre: perfumería, desodorante, Al

¹¹Analgésico que tiene dos versiones: el sódico se absorbe más rápido y es recomendado para dolores agudos; el potásico es sugerido para personas con hipertensión.

Máximo¹², esas cosas. Gastaban... hoy, al revés, poco y nada". Esta conversación se dio en 2024, año que comenzó con la propuesta del DNU 70/2023 del flamante gobierno de Javier Milei buscando -entre muchas otras cosas- desregular el trabajo farmacéutico. Esa y otras medidas produjeron un aumento de precios con fuerte impacto en los medicamentos y una cada vez más notoria contracción de la demanda. Además, se quitó la gratuidad total de la medicación de PAMI, generándose un proceso de auditoría por el cual el beneficiario es responsable de solicitar, mediante un trámite que acredite su ingreso mínimo, la gratuidad de la medicación; caso contrario, deberá pagar de su bolsillo lo que antes no pagaba. Una de las empleadas, la tarde de uno de los días de Semana Santa de ese año, me decía que esa contracción de la demanda "sí se nota": "PAMI entregaba gratis viste, acá -señala la pantalla de su computadora- me salía qué medicamento tenía que entregar, yo veo la receta y la persona venía y retiraba. Ahora te preguntan ¿cuánto sale? y vos tenés que saber si lo va a llevar o no, porque si no lo lleva, no armás todo el papelerío y hay muchos que entonces ya no retiran, se van sin su medicamento porque no lo pueden pagar", su tono era de pena sincera. Cuando le pregunté a la farmacéutica por el tipo de "público" que asiste allí, respondió que tienen muchos tipos de "pacientes" -ella y sus empleadas nunca dicen "clientes": "hay gente que quiere seguir comprando el medicamento del laboratorio estrella, aunque sea el más caro, aunque les caiga mal, como pasa con Alplax de Gador o la T4 de Montpellier. Y viene y compra también alguna vitamina -aunque cada vez menos pues subieron muchísimo de precio- y otra gente, mucha gente grande, que usa Corega -pegamento para dentadura postiza-, por ejemplo, que también está carísimo, es importado, no lo cubre nadie y te preguntan cuánto sale y te ponen cara, viste y no, no lo llevan... no se van a morir sin eso.... pero decime si no terrible también que no puedan comprarse el Corega".

En esta breve descripción podemos ver cómo profesionales y empleados evalúan el impacto de las políticas en general, pero las económicas en particular, en la población a la que atienden, aunque mayormente sea una población con cobertura social. Una constante en los días que realicé observación en esta farmacia entre abril y mayo de 2024, fue el aprovechamiento de la "Cuenta DNI" y sus descuentos. Cuenta DNI es una billetera virtual para quienes tienen, como la totalidad de los empleados estatales y jubilados de la provincia, una caja de ahorro en el Banco de la Provincia de Buenos Aires. Por medio de la Cuenta DNI, el Estado provincial (de un signo político contrario al gobierno de Javier Milei) apoya con devoluciones de dinero el consumo de los bonaerenses, sosteniendo el comercio mediano y pequeño. Un afiche en la farmacia y la sugerencia de la empleada de "aprovechar la devolución de Cuenta DNI" plantea la centralidad de algunas políticas de sostenimiento de los consumos, especialmente para sectores medios y medios bajos, en este caso trabajadores estatales y jubilados, que fueron de los sectores más golpeados por las políticas de ajuste del gobierno nacional iniciado en 2023.

Farmacia 3: Barrio El Tropezón, Florencio Varela

Florencio Varela es una ciudad situada en lo que se conoce como el "conurbano bonaerense", al sudeste del Gran Buenos Aires, conformado por la ciudad capital del país y los 24 distritos que la rodean y pertenecen a la provincia de Buenos Aires. Florencio Varela tiene un área urbana y un gran peri-urbano, donde predomina la producción hortícola, con trabajadores informales en su mayoría migrantes de países limítrofes (especialmente de Bolivia) que viven y trabajan en las quintas donde

¹² Uno de los nombres de fantasía del medicamento sildenafilo, conocido por el nombre del laboratorio Pfizer como Viagra. Para más sobre el consumo de este medicamento en farmacias de Argentina desde un punto de vista etnográfico véase Pozzio (2024)

se cultivan verduras y flores. La farmacia F está situada en dicho peri-urbano, casi en el límite con otra zona más rural perteneciente al vecino partido de San Vicente. La farmacia está situada en la convergencia de dos calles que funcionan como el centro comercial de la localidad, donde además de la parada del colectivo, hay una remissería, una carnicería y otras pequeñas tiendas que florecieron a partir de que se instaló allí la farmacia, en un local chico, donde el salón queda abierto completamente a la calle y el farmacéutico y sus empleadas, trabajan tras un mostrador cerrado con vidrio. Continuando por la calle donde está situada la farmacia, se llega a una unidad penitenciaria de la PBA. Esta farmacia no trabaja con obras sociales y el farmacéutico me explicó de la siguiente manera esa decisión: "acá viene toda gente que no tiene obra social, son quinteros, productores, *paisanos*¹³ viste, y los que sí tienen, los penitenciarios y las maestras, yo busco precio, hago descuento y eso les conviene más que lo que les puede cubrir IOMA". No trabajar con obras sociales implica mucho menos trabajo administrativo y un funcionamiento financiero más sencillo, pues lo que pagan las personas es directamente lo que gana la farmacia. Se maneja mucho con efectivo y pagos por aplicaciones. El farmacéutico, joven, simpático y muy campechano en su trato con la gente, me explica que "la clave" es conocer la población, saber qué es lo que piden y necesitan y estar bien provisto de esos medicamentos, a buenos precios. Le pregunto cómo se hace eso y categórico, responde: "No me caso con ningún laboratorio". Esto significa que no tiene acuerdos de compra/descuentos exclusivos con ninguna droguería (distribuidoras) ni ningún laboratorio (productor), que es una forma habitual de proveerse. Él narra todo el proceso que realiza, buscando precios, medicamentos genéricos, de laboratorios chicos, lo que se llama "hospitalarios" -que son los que vienen por cantidad, en blíster, sin cajita- ya que lo que le importa a la gente allí, según él, es tener buenos precios. Y agrega "yo sé que en la farmacia nunca gastás con gusto, así que hay que dar alternativas, entonces a algunos, los de receta que no son hospitalarios, yo les digo, me quedo con la caja, llevate ahora la tableta que podés pagar y cuando puedas pagar el resto, te doy lo que falta, y eso es a los quince días". También, anticipándose a las temporadas, el farmacéutico recorre droguerías y hasta hipermercados mayoristas, buscando productos y precios. "Acá sale mucho *paracetamol*, este año con el dengue¹⁴, un montón, fui a *Nini*, a *Maxiconsumo*¹⁵, a todos lados para conseguir repelentes... y ahora ya me estoy aprovisionando para la primavera, que vienen todas las alergias". El ritmo de ventas lo da el pago de las cooperativas de trabajadores de la zona y en términos de perfiles poblacionales, subraya el de "los paisanos": "muchos analgésicos para los dolores articulares y de huesos, antígrípales en la temporada invernal por el trabajo a la intemperie y los antialérgicos en la primavera, sobre todo para las trabajadoras de la flor". La farmacia está bien surtida en este tipo de productos que son sencillos, que permiten hacer stock y con eso, calcular la ganancia. Y cuando surge alguna demanda más específica, el farmacéutico encarga el medicamento y muchas veces hace la compra a partir de la farmacia de algún colega. El resto de los productos que se venden son de perfumería y cosmética, dicen las empleadas: "alguna gente hace la compra del mes y te encarga, desodorante, champú, esas cosas, o los chicos del secundario que vienen y preguntan por las cremas contra el acné. También los sábados, sobre todo, están las visitas del penal... pero si no, lo que se lleva mucho es barrita de azufre, alcanfor, alcohol, *Bengué*¹⁶, esas cosas de gente de campo".

13 En este caso, paisano es el modo en que se llaman entre sí los migrantes de Bolivia y gente que proviene de zonas campesinas de la zona andina, como Cochabamba. En Argentina se llama paisano a la gente de campo, así que en el uso que hace el farmacéutico podemos ver una superposición de ambos sentidos.

14 En febrero de 2024 hubo un pico de casos de dengue en Argentina. El dengue es transmitido por el mosquito Aedes Egyptis, en zonas de huertas los mosquitos son una presencia constante.

15 Hipermercados mayoristas muy conocidos en la región.

16 Nombre de un bálsamo usado sobre todo para el dolor en las articulaciones.

Desigualdades I: Acceso a los medicamentos y a la farmacia

Las descripciones realizadas nos permiten visualizar no sólo tres farmacias “de barrio” diferentes, sino ciertas cuestiones vinculadas a las desigualdades en salud, en las que me interesa profundizar. Si, como planteamos al principio, en las desigualdades en salud podemos hacer la distinción entre el acceso y los resultados, aquí sucede lo mismo. Al respecto, podemos plantear que en las tres farmacias vemos un acceso al medicamento -y a los diversos productos que se dispensan en una farmacia- diferente, dado tanto por la cobertura de salud -obra social o medicina prepaga- como por el poder adquisitivo de las personas. En la primera farmacia, podemos distinguir un poder adquisitivo medio o alto, con coberturas de salud mayormente privadas (de medicina prepaga); en la segunda, distinguimos un poder adquisitivo medio, muy golpeado por los aumentos de precios de fines de 2023 y principios de 2024 y coberturas de salud vinculadas a las obras sociales estatales -como IOMA y PAMI-; en la tercera farmacia, nos encontramos con un poder adquisitivo menor o al menos, más restringido -una población que busca precio- y una importante presencia de población que no tiene cobertura médica. Ahora bien, ¿por qué afirmamos que estas diferencias implican desigualdad en salud? La cuestión es que lo que está en juego en estos consumos diferenciados, es el acceso al medicamento y todo lo que el mismo implica no sólo en términos de procesos de salud-enfermedad sino de derechos. En la farmacia del barrio Los Troncos las personas accedían sin inconvenientes a los medicamentos; en la farmacia del barrio Mosconi, ese acceso comenzaba a espaciarse o debilitarse -medicamentos de PAMI que ya no se retiran pues dejaron de ser gratuitos- y en el caso de la farmacia del barrio El Tropezón, se prioriza el precio y si no hay dinero para pagar, el medicamento no se compra.

Si bien no hemos podido profundizar aquí en esta cuestión, es importante al menos mencionar que en los tres casos también son diferentes las posibilidades de acceso a la farmacia misma, que es un lugar donde no sólo se dispensan medicamentos, sino que se brinda atención farmacéutica, lo que implica una serie de servicios de salud y provisión de cuidados: por ejemplo, toma de presión, vacunación, etcétera. Tanto en la farmacia de Ensenada como en la del peri-urbano de Florencio Varela, nos han narrado un antes y un después de la existencia de la farmacia en el lugar, lo cual implica pensar no sólo el modo en que la farmacia como tienda cambia la dinámica de un barrio –lo cual también nos fue narrado– sino lo que implica su existencia en términos de acceso a servicios básicos de salud: en el Tropezón, el farmacéutico nos contaba cómo habían llegado a funcionar como sala de primeros auxilios en más de una ocasión y en Ensenada, la farmacéutica afirmaba que con su farmacia habían acercado las bocas de expendio de vacunación (antes COVID, ahora anti-gripal), evitando que los vecinos tuvieran que ir al centro de la ciudad a recibir esos servicios. En el caso de la farmacia del Barrio Los Troncos de MDP, respetando la distancia de 300 metros que debe haber entre una farmacia y otra según lo estipula la ley, pudimos notar que en la zona hay las suficientes farmacias como para que el acceso a la misma no sea un inconveniente para las y los vecinos.

Desigualdades II: resultados, barrios y determinación social de la salud

Si en lo respectivo al acceso, las desigualdades son notorias y están ligadas no sólo al contexto económico inmediato sino también a la cobertura médica de las personas, en lo vinculado a los resultados de la desigualdad entra en el análisis otra dimensión, que es la poblacional. Cada

una de estas farmacias está ubicada en un barrio que tiene ciertas características en términos poblacionales y esas características son conocidas por quienes trabajan en las farmacias, quienes en su accionar cotidiano de dispensa de medicamentos y servicios farmacéuticos, producen un saber que es posible comenzar a plantear como una epidemiología situada de la población. Esta epidemiología nos permite reconstruir y comprender perfiles de morbilidad muy distintos. Así, si los consumos expresan el poder adquisitivo de los “clientes”, en clave de estratificación entendemos a esos “clientes” como grupos o clases sociales; en el mismo sentido, como “pacientes” reconocemos perfiles de morbilidad vinculados a las condiciones de vida. Como queda expresado en los casos que trabajamos, tenemos en un extremo una población con una alta esperanza de vida que termina sus años en geriátricos “de los buenos” y en el otro extremo, población migrante (“paisanos”) con padecimientos vinculados a largas horas de trabajo en el campo, muchas veces expuestos a riesgos del trabajo que muestran la precarización de las condiciones del mismo (por ejemplo, no les dan mascarillas ni guantes cuando fumigan y por eso tienen alergias severas en vías respiratorias y piel, tal como nos contaban en la farmacia F). De este modo, podemos hablar de las desigualdades de los resultados en salud, que se expresan en lo que hemos visto conceptualizado más arriba como “determinación social de la salud”. ¿Qué sería en nuestro campo concreto, esa “determinación social de la salud”?: seguramente el imbricado modo en que las condiciones de vida, de trabajo, el género, el origen social y étnico de cada una de estas poblaciones constituye jerarquías sociales que hacen que las personas y grupos enfermen distinto y sea distinta y desigual, la posibilidad de acceder a una atención oportuna, de curarse, etcétera. Es posible pensar que las farmacias de barrio, con la epidemiología situada producida por farmacéuticos y trabajadores desde el mostrador, permiten atisbar las formas concretas en que esta desigualdad se plasma.

Reflexiones finales

La intención de este artículo fue mostrar cómo un trabajo etnográfico realizado en “farmacias de barrio” de la PBA, en su escala micro-sociológica puede permitirnos comprender, en cierta medida, la forma que en nuestra sociedad se produce y reproduce una de las desigualdades más persistentes y estructurales, que es la desigualdad en salud. Así como la comparación entre la dispensa de medicamentos entre farmacias nos permite comprender las diferencias entre las distintas poblaciones de cada farmacia de barrio, hay algo de la desigualdad que puede verse en cada farmacia por sí sola: esto es, la farmacia como unos de los eslabones más débiles en la cadena de producción de valor del medicamento. Desde la industria –nacional o multinacional–, las grandes obras sociales como productoras de precios, la distribución y comercialización en manos de droguerías, el lugar del profesional farmacéutico es ser la cara visible, pero a la vez, el eslabón más débil de esta cadena de relaciones asimétricas donde está claro que quien es más débil aún, es el paciente, quien necesita y consume el medicamento. En esta cadena de mediaciones y relaciones, el mostrador se constituye como “una trinchera” y también, un lugar desde donde entender esas relaciones, “a ras de suelo”, produciendo un conocimiento situado. Las desigualdades en salud pueden captarse entonces de manera horizontal –entre farmacias– pero también de manera vertical, donde cada farmacia es un actor que se engarza en múltiples relaciones jerárquicas y asimétricas, en un mercado (el de los medicamentos) que nunca es equitativo y menos que menos, libre y autorregulado.

Así, las “farmacias de barrio” en la PBA son esos espacios que permiten captar múltiples niveles de

mediación y condicionamiento, que toman cuerpo en los intercambios cotidianos que se dan en torno al mostrador. Que estas farmacias sean lugares desde los que podemos “captar” las desigualdades implica varias cosas al mismo tiempo:

- Cada farmacia produce los datos de una epidemiología situada que puede mostrar entre otras cosas, los “números” de esa desigualdad.
- Cada farmacia tiene cierto margen de acción para ir contra esas desigualdades, por ejemplo, incentivando el uso de la Cuenta DNI o buscando precios en los hipermercados mayoristas, etcétera.
- Cada farmacia, cada charla producida a través del mostrador, es un pequeño universo a través del cual podemos asomarnos a los procesos de medicalización y farmaceúticas de la vida (Martin, 2006; Bielli, 2016), procesos estructurales de las sociedades capitalistas neoliberales que contribuyen a su vez, a la reproducción y ampliación de las desigualdades existentes y a la producción de nuevas desigualdades.

Referencias

- Abélès, M. (1997). *Anthropologie de l'Etat*. Ed. Armand Collin.
- Abramo, L. Cecchini, S., Hullmann, S.H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciènc. saúde colectiva* 25(5) 1587- 1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números*. Serie PALTEX, OPS.
- BID-Banco Interamericano de Desarrollo (2024) *Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Hoja Informativa. <https://www.iadb.org/es/noticias/las-complejidades-de-la-desigualdad-en-america-latina-y-el-caribe>
- Bielli, A. (2016). Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente. *Trilogía. Ciencia. Tecnología y Sociedad*, 8(13), 27-42. <https://doi.org/10.22430/21457778.414>
- Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Castellanos, P. L. (2025). Sobre el concepto de salud-enfermedad: Un punto de vista epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 11(1), 40-55. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/360907>
- Jelin E., Motta R. & Costa S. (2020). *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI.
- Martich, E. (2021). Salud y Desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos. *Nueva Sociedad*, 293, 117-129. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/7.TC_Martich_293.pdf
- Martin, E. (2006). The pharmaceutical person. *Biosocieties*, 1(3) 273-287. <https://doi.org/10.1017/S1745855206003012>
- Menéndez, E. (2023). Determinantes sociales: teorías, exclusiones y saberes. *Revista de la Escuela de Antropología*, 32. <https://doi.org/10.35305/rea.viXXXII.256>
- Pozzio, M. (2024). Lo piden un montón: el consumo de sildenafil desde el punto de vista de quienes trabajan en farmacias. Género, salud y sexualidades en la Provincia de Buenos Aires. *Revista Cultura y Drogen*, (29)37, 97-113. <http://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.37.5>
- Stampini, M., Medellín, N., & Ibarrarán, P. (2023). *Transferencias monetarias, pobreza y desigualdad*

en América Latina y el Caribe. BID. Documento de trabajo. <https://doi.org/10.18235/0005235>

World Health Organization (WHO) (2025). *World report on social determinants of health equity.* <https://www.who.int/publications/item/9789240107588>