

00861
8 2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ECONOMIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

EL MOMENTO PRESCRIPTIVO:
COMPLICIDAD ENTRE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA
Y LA PRACTICA MEDICA

TESIS que, para obtener el título de
Maestro en Economía, presenta CINTIA RUSSO
PALMAZ

Ciudad Universitaria, enero de 1987.

TESIS CON
PALA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I	
1. El proceso salud-enfermedad en México: principales problemas	17
2. El modelo médico hegemónico: algunas características	27
CAPITULO II. LA PRODUCCION DE MEDICAMENTOS	
La expansión de la producción y la demanda de medicamentos en Mexico	48
Empresas transnacionales: dependencia y control del mercado farmacéutico	53
Dependencia tecnológica	57
Características de la industria:	
Concentración y proceso de oligopolización	63
Diferenciación de precios	74
Fijación de precios	77
Comercio exterior de la IF	82
La importación de materias primas y los mecanismos de facturación	84
Tecnología: proceso innovativo	86
Patentes y Marcas	91
Diferenciación de productos y gastos promocionales	95

CAPITULO III. LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTOS

La industria farmacéutica y la formación del médico	108
Los proyectiles mágicos de la medicina	119
Mito y publicidad de medicamentos	122
Algunas reflexiones	132
La conducta prescriptiva y el espacio de la consulta	134
Necesidad de eficacia	136
Patrón prescriptivo	140
Dos casos de uso y abuso de antimicrobianos	153
EPILOGO	167
BIBLIOGRAFIA GENERAL	169

INTRODUCCION

No es posible ignorarlo: en nuestra sociedad, la salud, la atención de la salud, es, poco más o menos, un bien que se consume casi como cualquier otro. ¿Consumir salud?, se nos dirá, y en la interrogación se encierra el gesto desconfiado de quienes creen que los economistas, los sociólogos, en fin, los científicos sociales, pretenden explicar todo reduciéndolo a sus esquemas. A ellos debemos, desde ahora, advertirles que, en efecto, la salud se consume, se compra y se vende, y no es, como quisiéramos creer, "algo" que está más allá del mercantilismo que impera en nuestras sociedades.

Consumir salud, o, para ser más precisos, consumir medicina, implica que el sistema económico produce servicios -la atención médica- y mercancías -los medicamentos. Implica, pues, que así como hay consumidores de salud, de medicina, hay productores de salud: un ejército de pequeñas y grandes industrias, de pequeñas y grandes instituciones, el sector público y el sector privado, todos ellos involucrados en esta producción de salud.

Consumir salud y producirla no es necesariamente "malo", no es necesariamente cuestionable. Sin embargo, apuntémoslo, las formas de ese consumo y de esa producción no pueden estar aisladas de los grandes patrones que rigen los otros aspectos de la sociedad. La salud, así, participa de una cultura marcada por las leyes de la productividad, de la alienación, es decir, del capitalismo.

Desde este punto de vista, el lugar de los medicamentos en lo que podríamos llamar la industria de la salud es relevante. Su participación en el gasto total en salud permite afirmarlo, es importante señalar, también, que esa importancia deriva en buena medida de otros he-

chos. En primer término, por lo que excluye: en razón de los escasos recursos del sector, el gasto en medicamentos impide la aplicación de otros estilos de políticas de salud que cubran a sectores más vastos de la población de un modo más eficaz. En segundo lugar, y quizá aun más importante, porque en torno a los medicamentos se estructura lo esencial de la práctica médica: recetar un fármaco es condición obligada de todo tratamiento médico, el medicamento es el componente terapéutico básico.

Muchas son sin duda las razones que explican este hecho. Desde la lógica de la industria farmacéutica hasta la misma formación de los médicos, desde la ideología de la sociedad capitalista que ve a la sociedad como un problema estrictamente individual, hasta las exigencias de los propios pacientes, partícipes de una cultura que mira con especial temor a la enfermedad y a la muerte. Empero, sin pretender agotar las razones por las cuales el medicamento es esencial en la terapéutica -razones que de todos modos mencionaremos- este trabajo pretende analizar el momento (pues, como veremos, de eso se trata) que determina, en mayor grado, la demanda global de medicamentos: el momento de la prescripción. En otras palabras: lo que nos preocupa es la relación entre la producción de medicamentos y la práctica médica hegemónica entendida como principal factor de reproducción de la industria farmacéutica.

La prescripción: momento casi mágico que resuelve, desde la lógica interna del sistema, varias necesidades: las del paciente de verse rápidamente repuesto de su enfermedad -es decir, integrado nuevamente a la vida económica, productor y no inválido, y asimismo alejado del mal (ya que así continúa denominándose a la enfermedad) tanto como de

la posibilidad de la muerte. Satisface también la necesidad del médico: necesidad de ser un buen profesional, capaz de actuar rápida y eficazmente sobre la enfermedad, pero no menos su necesidad económica de "conservar" al paciente, que ya no regresará a consulta si el médico dilata la cura más tiempo del que él está dispuesto a tolerar. Finalmente, aunque no por ello menos importante, la necesidad de reproducción de la industria farmacéutica, por razones que está de más enumerar: la lógica del capital es la de la venta: más prescripción = mayor volumen de ventas. (Señalemos que, en el caso de las instituciones de salud del sector público el problema del médico no es "conservar" a su paciente, sino responder satisfactoriamente a la demanda de eficacia que sobre él ejerce la institución; dicha demanda se traduce en mayor cantidad de pacientes atendidos por turno de trabajo, y se mide justamente, como veremos, por cantidad de recetas entregadas por cada profesional.)

Es, pues, fácil observar que la prescripción se constituye en una situación privilegiada para el estudio de la industria farmacéutica (en adelante IF). Ésta, orientada por la lógica de maximización de las ganancias que es propia de la sociedad capitalista en su conjunto, actuará sobre el médico de modo tal de hacer de la prescripción el momento central de su práctica. Sin embargo, para este estudio será necesario reconocer que la prescripción no depende tan sólo de las políticas que la IF se plantea hacia los médicos, sino también de la propia práctica médica hegemónica (en adelante PMH), que necesita de la IF tanto como ésta de aquélla.

*

Nuestra tesis es precisamente que la práctica médica es una instancia

de mediación entre los productores y los consumidores de medicamentos, y que esa mediación se produce a través de la prescripción.

En efecto, en tanto está incorporada a las estructuras productivas, la IF está sujeta a las leyes generales del funcionamiento capitalista: producción para el mercado, competencia, presión para el consumo, etcétera. Por ello, la IF ejerce una intensa presión sobre los profesionales, por medios sumamente diversos. Apuntemos por ahora, a reserva de profundizar en su análisis más adelante, sólo algunos de esos medios: en primer término, es evidente, la publicidad. Ésta opera de forma muy peculiar, sin duda diferente de los otros sectores de actividad económica, pues no se dirige al consumidor final de los productos sino justamente a los profesionales de la medicina, que serán los encargados de promover su consumo entre el público. Junto a la publicidad, debemos señalar la impresionante proliferación de productos, de magnitud tal que al médico le es imposible el conocimiento adecuado de todos ellos. De hecho, en la medida en que los cambios en la práctica médica son previos a los que se producen en la educación médica, la enseñanza de la farmacología y de la terapéutica misma está siempre retrasada en relación con las innovaciones farmacológicas. Así, el profesional no conoce realmente los medicamentos, por lo que su capacidad real de prescribir está limitada a la información que le proporcionan los laboratorios. Y, ya lo veremos, dicha información se refiere en general menos a las cualidades terapéuticas de los medicamentos mismos que a las supuestas capacidades que éstos tienen de satisfacer las necesidades del médico y del paciente que arriba mencionábamos: eficacia, costo, facilidad para su aplicación, menor canti-

dad de efectos contraproducente del tipo que podríamos denominar social (es decir, que impiden o dificultan el desarrollo normal de las actividades productivas, tales como sueño, debilitamiento de los reflejos o malestares de físicos de diversa índole -jaquecas, malesta-

Es innecesario aclarar que el análisis de la práctica médica explica tan sólo un aspecto de las características del consumo. En México, la automedicación, la prescripción no médica el libre expendio de fármacos -a pesar de ciertas disposiciones en contrario de la Secretaría de Salud- son sumamente frecuentes. Será necesario todavía efectuar un estudio global de este tipo de prácticas, que junto con la prescripción médica abarcan el conjunto de la demanda de medicamentos. Dicho estudio ayudaría a comprender problemas tales como la magnitud del gasto en salud y la iatrogenia medicamentosa, así como a verificar la posible existencia de patrones de consumo, que aquí serán sólo esbozados.

Empero, dicho estudio excede con mucho los límites que hemos querido trazar para este trabajo. Nos ocuparemos, pues, únicamente, de los factores que condicionan -o, más aún, determinan la prescripción. Dos son los caminos que seguiremos para ello:

1- Identificar los modos de interacción fundamentales entre la IF y la PMH, demostrando la doble determinación de la prescripción de medicamentos: desde la base material de la producción de fármacos, por una parte, y, por otra, desde la propia práctica médica. Ello, en los peculiares marcos que asume en la sociedad mexicana en tanto sociedad capitalista dependiente.

2- Analizar la conducta prescriptiva del médico para establecer las principales razones que la condicionan.

*

Parece conveniente apuntar aquí algunas de las características centrales tanto de la IF como de la PMH, que habrá que tener en cuenta en el desarrollo de este estudio.

La industria farmacéutica funciona de acuerdo con las características propias del modo de producción capitalista: alta tasa de beneficios, regulación restrictiva de patentes y licencias, precios oligopólicos, a lo cual se une la peculiar estructura no competitiva de la industria. Por otra parte, está constituida por un gran número de pequeños laboratorios, de propiedad local, que proveen una cuota marginal de productos, y un pequeño número de grandes empresas, en su mayoría multinacionales, que controlan la cuota restante. Estas empresas están concentradas en Europa Occidental y en EEUU, y el control es mantenido por los países de origen.

Estas características se sustentan en dos operaciones fundamentales del proceso de industrialización en el capitalismo:

- a) Concentración de empresas.
- b) Expansión, tanto local como exterior

La primera juega un papel fundamental en la IF, que consiste en comprar varias firmas y crear uniones. Esto hace posible la concentración del mercado, especializando la producción por planta. De esta manera se logra un mercado competitivo.

La segunda operación hace referencia a la necesidad que cualquier industria tiene de expandir los mercados existentes o de crear nuevos mercados. En la IF, la expansión es posible gracias a las patentes y licencias, que sirven para garantizar la propiedad del nombre y del

procedimiento de una nueva droga, por un determinado tiempo. Dicho de otro modo, tiene por meta asegurar los derechos de producción y comercialización, facilitando el monopolio del producto.

Es justamente en las patentes donde reside la competencia de la industria farmacéutica: hay que encontrar nuevos medicamentos para asegurar la comercialización. Por lo tanto, el afán de los laboratorios consiste en buscar nuevos compuestos, lo que lanza a la IF en la alocada carrera que llama investigación científica, carrera que está investida, en su misma concepción comercial, por un alto costo social:

-El sistema de patentes estimula investigaciones superfluas. Se investigan así, productos imitativos con simples variaciones sin importancia molecular, orientando la producción farmacéutica hacia específicos más comerciales que terapéuticamente necesarios.

-El dinero invertido en este tipo de investigación es incluido en el costo del medicamento, encareciendolo aún más.

-Se trata de eliminar el medicamento genérico por el comercial de nombre sofisticado y envase atractivo, encareciendo el producto.

-Se hacen proliferar de tal manera los medicamentos que se ha creado una verdadera "contaminación medicamentosa" que tienen como consecuencia la iatrogenia y la deformación en la prescripción medica. Para informar, la IF se apoya en las grandes campañas publicitarias. La publicidad farmacéutica difunde se mensaje a través de un personaje: el visitador médico. Este dispone de tres métodos para transmitir el mensaje: literatura, discurso y muestra gratis. Aparte de esto, se incluyen todo tipo de regalos (desde lapiceras, portafolios, aparatos

electricos a subsidios para la asistencia a congresos -con pasajes o estancia pagados-, o apoyo a instituciones científicas y educativas).

Es posible afirmar que la tarea informativa desplegada por la publicidad farmacéutica está dirigida a diseñar el mejor mensaje para que el producto sea aceptado y prescrito.

En lo que respecta a la conducta prescriptiva del médico, es posible caracterizarla, en líneas generales, de acuerdo con los siguientes aspectos:

-Es medicamentosa: se comprueba una tendencia marcada a prescribir medicamentos antes de ensayar ningún otro tipo de terapéuticas.

-Es resolutive: la terapia medicamentosa es frecuentemente una respuesta inmediata ante manifestaciones de sintomatología biológica. Su función es simplemente reparadora.

-Es mecanicista: los criterios utilizados en la elección de un determinado medicamento no resultan del conocimiento profundo de los mismos ni del conocimiento real del cuadro clínico.

-Es homogeneizadora: se prescribe según criterios que no consideran al paciente sino a la enfermedad en sí, aislada de cualquier determinación social y económica. El recurso terapéutico basado en los fármacos es usado en cualquier situación y con cualquier paciente de la misma forma.

Estas características son la consecuencia de factores económicos, sociales, ideológicos y culturales, pues la práctica médica como actividad social no hace más que reproducir las condiciones del modo de pro-

ducción existente. El modo de producción capitalista dependiente incide necesariamente en la conducta prescriptiva del médico mediante los mecanismos de mercadeo y publicidad de los laboratorios, mecanismos dirigidos a facilitar y garantizar el consumo de los productos por ellos elaborados.

El pensamiento positivista que impera en la sociedad capitalista es expresión de una concepción individualista y sectorial en el enfoque de los problemas. Este pensamiento se traduce, en el campo de la salud, en una visión biologista-individualista, evidente tanto en la actitud del médico como en la del paciente. El médico está sometido a una fuerte presión para medicar, aún innecesariamente, pues está convencido de que no hay posibilidad de curación sin terapia medicamentosa. De aquí se deriva una cuasi axioma: el médico que no prescribe es incompetente.

Esta situación se origina en parte en la idea que nuestra sociedad tiene del progreso y el desarrollo: el medicamento y la tecnología médica son algunos de los paradigmas del progreso.

Desde el punto de vista médico, debemos tener presente que la educación que recibe el profesional es básicamente informativa y, en consecuencia, no le permite reaccionar críticamente ante dichas pautas culturales e ideológicas. En las universidades la docencia y la investigación están, en muchos casos, determinadas por factores ajenos a la vida académica y reproducen los intereses globales del sistema. La universidad tiende a ser reproductiva más que creadora, especialmente de las profesiones llamadas liberales. De esta manera, el papel social del médico es diseñado acríticamente. La concepción del cuerpo

y del proceso salud-enfermedad que está en la base de la PMH tanto como de los intereses del complejo médico-industrial, las funciones normalizadoras y de control social, así como el apoyo directo a la reproducción de la fuerza de trabajo e indirecto a la acumulación de capital, posibilitan esta particular articulación de la racionalidad social, económica y cultural que afecta a la sociedad en su conjunto.

Hemos realizado nuestra investigación a partir de información secundaria y de discusiones y trabajo con informantes clave, principalmente médicos. Lo hicimos de este modo por las dificultades que existen para obtener ciertos datos, sobre todo los referidos al gasto en salud y global en medicamentos por instituciones tanto públicas y del seguro social como privadas. Las fuentes secundarias nos permitieron cubrir las necesidades del presente estudio en lo referido tanto al gasto en medicamentos como al patrón prescriptivo.

No realizamos un exhaustivo trabajo de campo por variadas razones; entre ellas, debemos mencionar las limitaciones materiales con que contamos para llevar adelante este proyecto así como los alcances que quisimos conferirle. Pero, a la vez, hemos elegido una opción de trabajo que privilegió, sobre la investigación de campo, la reflexión y la especulación que, sin desear ser pretenciosos, llamaríamos teóricas.

Las entrevistas realizadas a algunos integrantes del Comité de Antimicrobianos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional -preocupados en particular por los niveles de prescripción innecesaria de antibióticos que se verifica en la práctica médica general y espe-

cialmente en pediatría- y las entrevistas con informantes clave nos proporcionaron datos sumamente valiosos para nuestro estudio.

*

Hemos dividido este estudio en dos capítulos centrales y un capítulo introductorio. En éste planteamos los rasgos más sobresalientes de los problemas de salud en México y las principales características del modelo médico hegemónico.

En el segundo capítulo se describen y analizan los mecanismos del funcionamiento de la IF destacando sus rasgos centrales. Como el tema de nuestra tesis no es estrictamente la producción de medicamentos, sino la articulación de ésta con la práctica médica hegemónica, hemos considerado los diferentes aspectos de la estructura de la industria desde una perspectiva que sirva al análisis de la conducta prescriptiva medicamentosa.

En el tercer capítulo abordamos el tema de la práctica médica y en particular, lo que hemos dado en llamar el momento prescriptivo. Analizaremos la prescripción como el momento de la consulta y de la práctica médica donde confluyen las determinaciones formativas y culturales del profesional (formación del médico y la relación con sus pacientes, la necesidad de eficacia, etc.) con las que la propia IF ejerce sobre el médico (diferenciación de productos, publicidad y promoción, etc.). Entre ambas series de determinaciones, el momento prescriptivo aparece como el punto privilegiado para explicar la demanda de medicametros, objeto final y único de la industria.

No intentamos obtener conclusiones generales, deseamos, tan sólo,

CUADRO I EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, MEXICO, 1940 Y 1970.

Causas	1940		1970		Cambio respecto 1940
	Tasa por 100 000	Orden de importancia	Tasa por 100 000	Orden de importancia	
Neumonías	365.3	2	170.8	1	- 185.5
Gastroenteritis y colitis	490.2	1	141.7	2	- 348.5
Enfermedades del corazón	54.3	9	68.3	3	+ 14.0
Mortalidad perinatal	100.7	4	51.5	4	- 49.2
Tumores malignos	23.2		37.6	5	+ 14.4
Accidentes	51.6	10	71.0	6	+ 19.4
Lesiones vasculares del SNC	18.9		24.7	7	+ 5.8
Bronquitis	66.8	8	16.7		- 50.1
Diabetes mellitus	4.2		15.3		+ 11.1
Tuberculosis aparato respiratorio	47.9		19.9	9 8	- 28.0
Tifoidea	31.9	3	5.8		- 26.1
Paludismo	121.7	5	0.6		- 121.1
Viruela	6.8				- 6.8
Tosferina	42.4		7.1		- 35.3
Sarampión	91.2	6	24.3	8 7	- 66.9
Sífilis	19.2		0.8		- 18.4
Homicidio	67.0	7	18.0	10	- 49.0

FUENTE: Depto. de Medicina Social, Medicina preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, UNAM.

realizar algunos aportes al tema de la producción y la demanda de medicamentos, visto a través del momento prescriptivo. Esta investigación es para nosotros el punto de partida de un trabajo que espera poder prolongarse. Mucho de lo aquí propuesto tendrá que ser revisado a la luz de otros estudios y enfoques. Evidentemente, este problema, no puede ser agotado ni por un solo investigador ni por un sólo equipo. Por ello sabemos que el análisis que hasta aquí hemos hecho, al igual que el que emprenderemos próximamente con un grupo de médicos del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (*), son sólo contribuciones parciales al estudio de una problemática que exige dedicación y esfuerzo. Un esfuerzo que no arrojará resultados satisfactorios si es abordado desde una sola perspectiva. Por el contrario debe ser encarado desde diferentes puntos de vista, desde diferentes saberes. Ello permitirá la problematización de algo que como la prescripción medicamentosa, ha quedado siempre fuera del juego de las determinaciones sociales y económicas, de los cuestionamientos de la práctica médica y del concepto que los hombres tienen de su propia salud.

Si bien sabemos que esta necesidad de reunir varias visiones diferentes de un problema puede ser una de las limitaciones de este trabajo, creemos también que es ahí donde radica uno de sus posibles valores.

(*) Se tratará de una investigación y trabajo directo en diferentes centros de salud tanto urbanos como rurales pertenecientes al IMSS. Se analizará principalmente el patrón prescriptivo en el caso de dos enfermedades muy frecuentes en el perfil patológico de la población infantil mexicana, la diarrea infecciosa aguda y las infecciones respiratorias agudas. El objetivo de este trabajo que durará aproximadamente dos años y contará con el apoyo financiero externo, es modificar la conducta prescriptiva a través de una reeducación del médico en ese sentido.

CAPITULO I

1. El proceso salud-enfermedad en México: principales problemas

La salud o mejor dicho la enfermedad constituyen hechos estructurales para toda formación social conocida; expresan no sólo la potencialidad vital en términos demográficos estrechos, sino mucho más, expresa la totalidad de la estructura.

Eduardo Menéndez,
Poder, estratificación y salud

Preguntarse por las condiciones de salud de la población mexicana es, al mismo tiempo, interrogar sus condiciones de vida: alimentación, vivienda, medio ambiente, condiciones de trabajo, tiempo y formas de ocio. No es, pues, desde la perspectiva del organismo desde donde debe plantearse el problema de la salud; es, antes bien, desde la del individuo inserto en una compleja red de relaciones -sociales, laborales, familiares entre otras- donde la salud recupera la dimensión colectiva que la mirada médica insiste en quitarle.

El proceso salud-enfermedad, en tanto que proceso social, se interrelaciona con los demás procesos sociales: la enfermedad es, ante todo, la respuesta biológica a factores exteriores que actúan sobre el organismo: el hombre se enferma en relación con la naturaleza y en relación con los hombres. La naturaleza social de la enfermedad se verifica, por ello, desde lo colectivo en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

Puesto que el panorama de salud de un país, depende de las condiciones generales de vida de la población, de su estructura socioeconómica y en menor medida, de las condiciones del sistema médico institucional, la comprensión de la salud de una sociedad debe partir de la comprensión de su organización social y de cómo ésta se traduce en la

respuesta médico-sanitaria. Ni la ampliación de la cobertura de la medicina institucional, ni su mejoramiento técnico resuelven de por sí los problemas de salud de la sociedad (1). En México J. Kumate (2) ha demostrado que la disminución de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria, se inició antes de la aplicación de las medidas sanitarias eficaces, incluyendo las campañas masivas de vacunación.

Desnutrición, hacinamiento, viviendas precarias, falta de servicios de agua potable, contaminación de los alimentos y del agua, son datos que vuelven inconfundibles las causas de la que aparece como principal característica de la situación de salud del país: la alta tasa de enfermedades infecciosas (3). Pero hay que ir más lejos para observar el círculo vicioso en el que podemos quedar encerrados: desde el lado de la salud, la terapéutica inmediata sobre una enfermedad que, aunque sea hipotéticamente percibida en su dimensión social, no puede, desde la institución médica, ser combatida más allá del cuadro patológico. Desde el lado del desarrollo, la ilusión de una modernización que bajo el rostro reparador es en realidad cómplice de los estragos que vive la población en materia de salud.

El predominio de las enfermedades transmisibles en un sector de la sociedad mexicana, y, en otro sector, el notable incremento a partir de mediados de siglo- de las enfermedades cardíacas, tumores malignos y accidentes, dan cuenta tanto del acelerado proceso de industrialización que vivió el país cuanto de las desigualdades que ese mismo proceso genera.

En efecto, en las últimas décadas México se transformó de una sociedad eminentemente rural en un país con una estructura urbana e industrial de importancia, regido por una política centralizadora que

determinó un crecimiento explosivo de la capital generando una zona conurbana en el Valle de México que concentró, según datos del censo de 1980, al 20% de la población nacional, al 46% de la producción industrial, al 25% de la población económicamente activa del país, al 44% del PIB, al 33% de la inversión pública general y al 20% del presupuesto federal total, en la milésima parte del territorio.

Nos interesa mencionar la industrialización acelerada que vivió México desde la década de los cuarenta, no sólo desde la perspectiva de las relaciones entre sociedad industrial y salud tal como éstas se han entendido tradicionalmente, sino que deseamos hacerlo, también, desde otra ^{perspectiva}/quizás menos usual pero no menos urgente: el alto índice de mortalidad por enfermedades infecciosas demuestra que en México hay una importantísima contaminación biológica derivada de la industrialización intensiva. Esta contaminación actúa sobre el agua potable y sobre los alimentos, y se suma, por otra parte, a las deficiencias masivas en materia de higiene y de manejo de desperdicios (4). No nos explayaremos aquí sobre la incidencia de la contaminación en el proceso salud-enfermedad -tema que por sí mismo amerita un estudio de largo aliento. Pero no podemos dejar de señalarlo, en el marco de nuestro trabajo: hoy en día es, sin duda, uno de los principales problemas de salud en México. Enseña claramente, además, las estrechas relaciones que existen entre salud y estilo de desarrollo, ^{el proceso de trabajo} entre/la economía y, para utilizar la expresión de Deleule (5), "el cuerpo productivo". Estas relaciones se comprueban en el incremento constante de las enfermedades de la civilización (cardíacas, tumores malignos, accidentes), como podemos verificar (cuadro I) en el periodo que va de 1940 a 1970.

El perfil patológico que aún hoy caracteriza a la sociedad mexicana (cuadro II) es: por una parte las enfermedades de origen transmisibles (en especial respiratorias y gastrointestinales); por otra, las mencionadas enfermedades de la civilización (que derivan del proceso de urbanización e industrialización). Dos modos de enfermar que son dos modos de vivir: el México urbano y el rural, el México de la opulencia y el de la miseria.

Es posible completar esta perspectiva por medio de un breve examen de las causas de mortalidad por grupos de edad. Los datos son explícitos: la mortalidad infantil ha sido desde principios de siglo de aproximadamente el 30% de la mortalidad total; en 1981 esta tasa fue del 34 por mil (registrados vivos), mientras que la tasa de mortalidad general era del 5.95 por mil habitantes. En las zonas rurales la tasa de mortalidad infantil sigue siendo el 50% de la mortalidad general (6). Las principales causas de muerte en este grupo etario son básicamente infecciosas intestinales y del aparato respiratorio.

En los primeros grupos de edad hasta 15 años, las enfermedades transmisibles se encuentran aún hoy entre las primeras causas de muerte; empero, ya ^{aparecen} los accidentes y, en particular, los accidentes de tránsito. Este dato es elocuente: indica las características que ha adquirido la urbanización acelerada en las últimas décadas. Por otra parte, el homicidio, las lesiones infligidas intencionalmente y el suicidio constituyen dramáticas muestras del proceso de modernización y señalan con claridad las condiciones de vida de amplios sectores de la población.

En los grupos de 15 a 45 años -grupos que cubren aproximadamente la población económicamente activa- se acentúa esta tendencia: los

CUADRO II

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA POR CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE GENERAL. 1981.

Código	Causas	Orden de Importancia	Defunciones Número	Tasa ^a
	Todas las Causas		424 274	595.48
01	Enfermedades Infecciosas			
	Intestinales	1	36 163	50.75
321	Neumonía	2	32 176	45.15
28	Enfermedades de la Circulación Pulmonar	3	30 188	42.36
E52	Otros Accidentes, Incluso los Efectos Tardíos	4	29 231	41.02
45	Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	5	26 310	36.92
E471	Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor	6	17 440	24.47
29	Enfermedad Cerebrovascular	7	15 637	21.94
181	Diabetes Mellitus	8	15 430	21.65
347	Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	9	14 902	20.91
270	Infarto agudo al Miocardio	10	13 406	18.81
E55	Homicidio y Lesiones Inflingidas Intencionalmente	11	12 596	17.67
326	Bronquitis, Enfisema y Asma	12	11 610	16.29
350	Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis	13	7 180	10.07
44	Anomalías Congénitas	14	6 494	9.11
220-225	Enfermedades del Sistema Nervioso	15	5 861	3.23
020-021	Tuberculosis del Aparato Respiratorio	16	5 268	7.39
E-50	Caídas Accidentales	17	4 709	6.61
300-305	Otras Enfermedades del Aparato circulatorio	18	3 918	5.50
210-218	Trastornos Mentales	19	3 891	5.46
200	Anemias	20	3 641	5.11
46	Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos		27 002	- -
	Las Demás Causas		101 221	

Nota: ^a La tasa se calculó por 100 000 habitantes.

Fuente: INEGI. Tabulación No. 6. Defunciones Generales por Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido según Lista Básica de Causa de Muerte, 1981. (Listado de computadora), 1984.

Tomado de Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno 4, INEGI, 1986. P. 17

accidentes y homicidios (tercera causa de muerte) se suman al perfil patológico general. Es importante señalar que en el grupo de 15 a 24 años, el suicidio es la décima causa de muerte y ^{en} los grupos de 25 a 44 años, la cirrosis se encuentra ^{entre} las primeras causas de muerte (7). Las estadísticas oficiales presentan como general este cuadro patológico. Sabemos sin embargo, que los indicadores oficiales no sólo tienen deficiencias (8) sino que, y esto es más grave, disimulan la "patología de la pobreza" y la "patología de la abundancia" según la denominación de Celis y Nava (9).

Pero dar cuenta de las ausencias y de los errores de los indicadores de salud en México, ¿es acaso pedir que sean "mejorados"? Seguramente no: tanto los indicadores como sus fallas son parte de una concepción de la salud que caracteriza la práctica médica hegemónica. ¿Por qué nos preguntamos por los índices de mortalidad, cuando queremos presentar un panorama reflexivo sobre la salud del mexicano? ¿Qué muerte y qué vida son los que están aquí en cuestión? No se trata, es evidente, de minimizar el hecho de que las expectativas de vida del mexicano sean menores que las de individuos de países desarrollados (10) ni, mucho menos, de desconocer las diferencias entre las expectativas de vida de mexicanos de diferentes clases sociales. Pero ¿no habrá que preguntarse, más que por los plazos de la muerte, por las formas de la vida? Sobre todo si reconocemos, como no podemos dejar de hacerlo, que las formas de la vida ^{son} que determinan los tiempos de la muerte. Por formas de vida no entendemos la posibilidad de ingerir antibióticos para curar infecciones: se trata por ejemplo, de lo que significa nacer al margen de las ciudades: insuficientes servicios,

es cierto, pero sobre todo la aculturación del migrante rural que se ve desposeído de sus medios tradicionales de salud y, lo que es más, de sus propias enfermedades, aquellas contras las cuales podía encontrar respuesta en su organismo, en su comunidad, en su medio, en sus saberes propios...

La salud en México refleja una situación donde el bienestar de las minorías tiene como contraparte las deficientes condiciones de vida de las mayorías; donde el desarrollo de las ciudades se logra a expensas de la pobreza parcial o general de las zonas rurales, la contaminación del medio ambiente, las precarias viviendas...Pero es fundamentalmente la relación salud/trabajo la que revela los mecanismos que rigen la dinámica del proceso productivo.

Es posible comprobar que el perfil patológico de los distintos grupos de una misma sociedad difiere en cuando al tipo de enfermedades y su frecuencia. Quines trabajan se desgastan y se enferman según el papel que juegan en la producción. "El patrón de desgaste y del tipo de patología, así como su distribución en los grupos definidos por sus características sociales, también plantea la posibilidad de generar conocimiento con respecto a las determinaciones de estos procesos y explicarlos." (11). Las diferentes modalidades de consumo de la fuerza de trabajo implican formas distintas de deterioro del trabajador. A diferencia de las enfermedades asociadas al "trabajo excesivo con consumo de deficiente" propio del campesinado, el stress que acompaña al "trabajo de alta productividad muy intensivo" (12) define un tipo de patología "urbano-industrial" resultante del estilo de desarrollo adoptado: patologías específicas e indirectas -hipertensivas, cardía-

cas y psicosomáticas (cuadro III). Se perciben, en efecto, cambios cuantitativos importantes en el cuadro patológico con tendencias claras al aumento de las enfermedades de la civilización y la disminución de otras (paludismo, deficiencias nutricionales, etc.).

Las causas de mortalidad, en un periodo de 20 años, están relacionadas, en síntesis, con la modificación de la estructura capitalista (incremento del sector manufacturero, introducción de tecnologías avanzadas, rápida proletarización, la importancia del capital extranjero, etc.). Ello sin embargo, no permite desconocer la pervivencia de otras formas de morbilidad y mortalidad a las que llamaremos tradicionales.

La relación entre salud y proceso de trabajo se hace evidente en las causas de muerte más importantes de la población joven y adulta: enfermedades transmisibles, accidentes, homicidios, cirrosis, tumores malignos, enfermedades del corazón, indican una forma de morir y sobre todo condiciones muy particulares del vivir de la población, acentuadas en las últimas décadas.

Este es el precio que pagan la mayoría de los mexicanos por el crecimiento económico del país, estos son los "costos" y "beneficios" que distribuye el modelo de desarrollo capitalista dependiente.

CUADRO III

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE LA POBLACION GENERAL Y DE LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS ENTRE 15 Y 44 AÑOS. MEXICO 1976
1974

Causa	Población del IMSS Casos	%	1976	Población general Casos	%	1974
Tumores malignos	412	18.4		3 162	3.4	
Enf. cardiovascular	249	11.1		5 227	5.6	
Accidentes, violencias	223	10.1		22 978	24.5	
Cirrosis hepática	169	7.6		3 088	3.3	
Causas maternas	153	6.9		2 757	2.9	
Tuberculosis	140	6.3		3 266	3.5	
Diabetes M.	90	4.0				
Neumonía	77	3.4		3 252	3.5	
Enfermedades cerebrovasculares	77	3.4		1 701	1.8	
Enteritis, enf. diarreicas				2 529	2.7	
Anemias				1 249	1.3	
Todas las causas	2 238	100.0		93 919	100.0	

FUENTE: 1 Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social
2 Dirección General de Estadística, Secretaría de Industria y Comercio.

2. El modelo médico hegemónico: algunas características

El modelo médico se relaciona con el modelo médico hegemónico de sociedad no conflictiva, competitiva, que asume su desarrollo a través de establecer capacidades desiguales, que inclusive son planteadas como diferencias biológicas. [...]. La enfermedad es apropiada eficazmente por el modelo médico que necesariamente tenderá a enmascarar los procesos sociales profundos que conducirán a la situación diferenciada de salud.

Eduardo Menéndez
Poder, estratificación y salud

¿Cuál es la respuesta de la medicina al proceso salud enfermedad de la población mexicana? Ante una situación que hunde sus raíces profundas en las condiciones sociales y económicas de vida y sobrevivencia de la sociedad en su conjunto, la respuesta inmediata y reparadora conviene, sin duda, al desarrollo y acumulación capitalista: el incremento constante del "consumo de medicina" y especialmente de medicamentos. En México se ha generalizado el modelo de atención a la salud basado justamente en la tradición autoritaria de acumulación del conocimiento médico y del secreto profesional, que menosprecia las influencias tanto ambientales como sociales en el proceso salud-enfermedad; así, el hospital se convierte en el centro estratégico del modelo médico hegemónico (MMH), que a la vez fortalece a la industria farmacéutica de origen transnacional y confiere una importancia -para nosotros dudosa- a los equipos de alta tecnología. El desarrollo de las fuerzas productivas en las sociedades capitalistas, así como el concepto subyacente del proceso salud-enfermedad han ido condicionando

esta práctica médica cada vez más tecnificada, sofisticada y dependiente de la farmacoterapia.

Podemos encontrar los orígenes de esta práctica médica en la revolución industrial y en el nacimiento de la nueva ciudad. La hegemonía que se instituye con respecto de otras tiene consecuencias nada desdeñables. Ellas son sumamente graves en el caso mexicano: la medicina científica, que se afirma en términos de oposición a todas las otras formas curativas, desplaza las prácticas alternativas o tradicionales.

Desde su institucionalización, la acción médica ha tendido a aislar y negar las determinaciones sociales de la enfermedad, e intenta realizar una práctica autónoma del resto de la sociedad. Así, la mirada médica se vuelve excluyente (13), y la autonomía de la práctica médica en relación con la apropiación de la salud y de la enfermedad "extraña" e impide la participación social como parte activa del modelo de los médicos: es éste uno de los rasgos característicos del MMH (14).

Si bien los problemas derivados de las características de la formación médica serán tratadas más adelante (v. cap. III), nos parece conveniente apuntarlas aquí pues la concepción biologista y positivista del proceso salud-enfermedad es la que sustenta la práctica y el MMH. La formación que recibe el futuro médico en las universidades se nutre y a su vez retroalimenta estas concepciones de la salud, de la enfermedad y del cuerpo humano. El biologismo, que se basa en el exclusivismo creciente de las explicaciones sobre las causas de las enfermedades y sobre las formas terapéuticas utilizadas, intenta localizar el daño anatómico apoyándose en una visión mecanicista del organismo

humano. El concepto de cuerpo enfermo está referido a algún desvío del funcionamiento normal que produce consecuencias indeseables. De esta manera, el elemento central en el proceso de definición de la enfermedad, y por lo tanto de las formas de consumo de salud, es la delimitación de normalidad: siempre se espera que los individuos enfermos adopten conductas dirigidas a restaurar el patrón normal. "Cuando se califica de patológico a un síntoma o a un mecanismo funcional aislados, se olvida que aquello que los hace tales es su relación de inserción en la totalidad indivisible de un comportamiento individual... [el origen de] esa noción de enfermedad tiene que ser buscado en la experiencia que los hombres tienen de sus relaciones de conjunto con el medio ambiente" y con el medio social (15).

Como para el MMH el cuerpo está escindido en cuerpo y mente, se distinguen las enfermedades somáticas de las mentales como mutuamente excluyentes. De este modo se rompe la visión del cuerpo como una totalidad en sí, de tal manera que cada parte es considerada como engranaje de una máquina. Cada engranaje que no funcione puede por ello mismo ser tratado en forma aislada si se dispone de los instrumentos adecuados -la cirugía o los medicamentos, por ejemplo.

El principal enfoque que se deriva de esta visión es el terapéutico; para éste, se trata sólo de curar "lo enfermo, el órgano desviado del individuo", para lo cual se privilegia el uso de medicamentos como terapia de preferencia que se adecúa a las exigencias de desarrollo capitalista: rápido y barato mantenimiento de la fuerza de trabajo e incremento de la demanda de fármacos.

En el MMH, la medicina tiene una función básicamente curativa antes que preventiva: el diagnóstico y la terapéutica son los apoyos

fundamentales de la práctica médica, que desconoce los aspectos sociales de las enfermedades. Las acciones preventivas se reducen casi a la vacunación contra enfermedades transmisibles. Al elevar el nivel de inmunidad de la población no se atacan, sin embargo, las causas básicas de la enfermedad.

El desarrollo de las acciones curativas implica un constante aumento del costo de atención en salud; éste se centra primordialmente en el incremento de los costos en medicamentos y equipos y secundariamente en el costo del personal. Esta tendencia se apoya en otra característica del MMH, que es la carencia cada vez mayor de calidad en la atención y el dominio de criterios de productividad y rendimiento: toda actividad de salud está determinada, en el sistema capitalista, por las formas de valor de cambio.

La expansión del MMH tiende hacia la medicalización y normatización de áreas y sectores cada vez más amplios de la sociedad. Esta tendencia se observa por ejemplo en el proceso de concentración monopólica del modelo y en el desarrollo de la medicina farmacológica. Concentración y medicalización penetran en las zonas más aisladas del país y en los diferentes estratos sociales. La orientación centralizadora se manifiesta claramente en la constitución e identificación del medio urbano como lugar originario y preferencial de las acciones de la medicina institucional (ejemplo característico de ello son los grandes complejos de salud -tanto públicos como privados- instalados en las zonas urbanas más importantes del país).

El proceso de medicalización como control político y social, la

eficiencia como criterio económico del trabajo médico y la eficacia por la aparente precisión técnica del diagnóstico y de la intervención, son conceptos relevantes para el análisis de las relaciones entre medicina, médicos y pacientes e industria farmacéutica.

El proceso de industrialización iniciado en la década de los cuarenta marcó, no podía ser de otra manera al sistema de salud: la presencia de nuevos sectores mayoritarios de trabajadores obligó tanto a la industria como al Estado a responder a sus crecientes necesidades de salud, para garantizar así la reproducción de la fuerza de trabajo y la transferencia de plusvalía al capital, haciéndose cargo el Estado del mayor porcentaje del gasto en salud. Como los sistemas de salud y en especial los de la seguridad social, responden en su estructura básica y en su capacidad de cobertura a las necesidades de mantenimiento y conservación de la fuerza de trabajo, la calidad de la atención médica depende, en consecuencia, del sector de la población al que se dirija cada institución y de la inserción en la producción de dicho grupo social.

La atención a la salud considerada como necesidad básica conlleva una creciente intervención y control estatal. En México, esta intervención, es decir, la respuesta social organizada al proceso salud-enfermedad es el MMH en el que predominan las acciones curativas y rehabilitadoras apoyadas en grandes inversiones -y, sin duda, hasta cierto punto ineficaces para la salud colectiva. La distribución del gasto en salud entre medicina preventiva y curativa deja al descubierto (cuadro IV) la profunda deficiencia del modelo. En casos extremos, co-

CUADRO IV

DISTRIBUCION DE LOS GASTOS EN SALUD POR TIPO DE MEDICINA. MEXICO 1974
(por ciento)

Institucion	Medicina Preventiva.	Medicina Asistencial	Rehabilitación	Investigación	Educación
IMSS	S/D	64.2	S/D	S/D	S/D
ISSSTE	4.25	92.67	0.51	1.27	1.30
SSA	33.27	64.89	0.99	0.68	0.37
Promedio	18.76	78.68	0.75	0.98	0.84

Fuente: Estadísticas del sector salud y Seguridad Social, SPP 1977, Mimeo.

Tomado de: Crevenna, Pedro y otros. "Las transnacionales de la salud". México. Taller abierto. 1983. p. 46

mo el del ISSSTE, se dedica casi la totalidad del presupuesto a la práctica asistencial; esta respuesta depende a la vez de la industria farmacéutica, del equipo médico y de la construcción de hospitales -y la prueba del fracaso de este modelo fue trágicamente proporcionada por los sismos de septiembre de 1985 (*).

El sistema de servicios de salud incluye el sector de la asistencia pública -los servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaría de Salud y servicios médicos de algunas dependencias e instituciones estatales-, la seguridad social que otorga prestación directa de servicios médicos, y por último la medicina privada -dirigida a los sectores minoritarios de la población (clases media y alta, y burguesía) (16).

La asistencia pública (Secretaría de Salud y Asistencia, Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional Indigenista, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal) se dirige a la población abierta carente de cualquier otra opción dentro del sistema de servicios: población marginal urbana, desocupada, subocupada y campesinos. En 1976, la asistencia pública recibía cerca del 20% de los recursos médicos institucionales para satisfacer

(*) Aunque cabe señalar que si para nosotros la destrucción del Centro Médico Nacional -y sus consecuencias- es la trágica prueba del fracaso de este modelo, ello no ha sido igual para las autoridades del sector salud: el proyecto de reconstruir el Hospital de Pediatría, por ejemplo, en el mismo sitio, si bien con menos camas, constituye otra prueba igualmente trágica: la de la necesidad e incompetencia de los responsables del diseño de los proyectos nacionales de salud. Y es evidencia, además, de la firmeza de un modelo que, pese a haber demostrado reiteradamente su ineficiencia, no puede ser desechado de la ideología médica.

las necesidades de salud del 65% de la población, es decir, aproximadamente 40 millones de personas; empero, la capacidad hospitalaria, centros asistenciales y servicios alcanzaban a cubrir sólo de 15 a 18 millones, o sea que en 1976 de 20 a 25 millones de personas quedaban sin cobertura de salud (17). Casi 10 años después, en 1983, la asistencia pública recibió el 28% de los recursos médicos utilizando sólo el 11% del gasto ejercido en salud en ese año (18) y con una cobertura nominal también del 65% de la población.

La SSA ha estructurado un sistema relativamente efectivo para la implementación de acciones sanitarias -impulsa, incluso, programas de participación comunitaria en zonas urbanas marginales y en zonas rurales. La falta de recursos materiales y humanos para las prestaciones de salud, que responde evidentemente a la baja rentabilidad de este tipo de acciones, refuerza la participación de la comunidad en programas de obras rurales de cooperación, programas de nutrición, vacunaciones masivas, etc. El INI, el DDF, el DIF realizan una práctica médica preventiva sólo en algunos casos, pero la medicina que se ejerce refuerza las acciones y objetivos de la SSA.

Las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Marina, los servicios ^{médicos} de PEMEX, y la Secretaría de la Defensa Nacional) tienen una cobertura nominal que abarca a casi la mitad de la población (en 1983 era algo superior a los 33 millones de personas, es decir, el 45% de la población). Teóricamente, la seguridad social cubre al 75% de la población económicamente activa, pero si se considera a toda la población derechoha-

biente, y si el promedio nacional es de 5.6 personas por familia -trabajador (19) cuando mucho sólo una quinta parte de la PEA está realmente asegurada; en 1976, esta quinta parte representaba al 35% del total de la población y en 1983 al 45%. Para atender a ese 45% la seguridad social utilizó en 1983 el 72% de los recursos médicos del sector, así como presupuestos diez o veinte veces más altos que el de la SSA. En ese año la seguridad social gastó el 89% del presupuesto ejercido en salud (20) (cuadro V).

Tanto la SSA como la seguridad social impulsaron sensiblemente en 1978 los programas de extensión de cobertura (programa IMSS-COPLAMAR). Este programa pretendía cubrir a 10 millones de personas, aunque en realidad la cobertura fue mucho menor dado que un gran número de los centros del IMSS-COPLAMAR se instalaron en poblaciones que ya tenían centros asistenciales de salud de la SSA.

Según estadísticas de la cobertura real de estas instituciones, se considera que la asistencia pública y los seguros sociales atendían en 1978 al 42.4% de la población y la medicina privada al 12.3%, es decir, un total de 54.7% de la población total (21). El 45.3% restante recurre a las prácticas de medicina tradicional o popular, a la automedicación y a la herbolaria.

Así, el manifiesto desfase que existe entre la cobertura nominal de las instituciones y la cobertura real, así como la marcada diferencia en la participación por instituciones dentro del gasto total ejercido en salud, ponen en evidencia que el sistema de atención a la salud privilegia a determinados sectores de la población trabajadora -es-

CUADRO V

GASTOS EJERCIDOS POR EL SECTOR PUBLICO, TOTAL Y EN SALUD. PRODUCTO INTERNO BRUTO E INDICADORES DE GASTO.
1981 - 1983

CONCEPTO	1981	1982	1983	1984
Gasto Ejercido por el Sector Público (Millones de pesos)	2 762 326	5 514 766	8 492 560 ¹	13 235 015
Gasto Ejercido en Salud (Millones de pesos)	226 439	55 460 379	661 229	103 000
Instituciones de Seguridad Social	191 984	406 689	587 377	
IMSS	121 432	249 589	408 268	638 078
ISSSTE	65 101	101 212	163 936	273 777
PEMEX	4 384	8 592	11 829	12 213
SDN	1 036	1 226	3 177	
SM	31	46 070	167	621
Instituciones Asistencia Social	34 455	53 690	73 922	
SSA	28 468	45 313	60 646	
SNDIF	4 349	6 274	9 509	16 590
DDF	1 638	2 103	3 767	
Producto Interno Bruto (Millones de Pesos)	5 874 385.6	9 255 753.4	17 141 693.7	2 943 858
Porcentaje del Gasto Sectorial con Relación al Gasto Sec. Pub.	8.19	8.35	7.78	
Porcentaje Gasto Sectorial con Relación al PIB	3.85	4.97	3.86	
Gastos Ejercidos en Salud por Habitante (pesos)	3 182.23	6 305.65	8 819.60	

Tomado de Información estadística del sector salud y seguridad social. op. cit. p. 42

pecialmente a los que pertenecen a la mediana y gran industria. Podemos afirmar que estas profundas incongruencias son inherentes al modelo.

La participación del gasto en medicamentos dentro del gasto global en salud indica claramente que un alto porcentaje de recursos es absorbido por la farmacoterapia. Según datos de 1971 este gasto fluctuaba entre el 9% y el 40% dependiendo de las instituciones (cuadro VI); en 1979 el presupuesto total en medicamentos de las instituciones del sector salud fue de más de 4000 millones de pesos y en 1980 se elevó a 6000 millones de pesos.

La mayor proporción del gasto total en medicamentos se destina a las instituciones del seguro social: en 1979 el IMSS consumió el 58% y el ISSSTE el 20%, en 1983 el gasto del IMSS sólo en antibióticos representó el 1.2% del gasto total de todo el sector salud para ese año (22).

Ahora bien, ¿qué medicamentos se prescriben y según qué criterios? La lista de fármacos esenciales -el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1978- incluye actualmente alrededor de 430 medicamentos genéricos diferentes. Este número se ha ido reduciendo, debido a criterios de optimización terapéutica y económica.

Al limitar al profesional a un cierto número de fármacos bajo su presentación genérica, el Cuadro Básico intenta reeducar al médico evitando la prescripción abusiva y obligando a una mayor racionalidad en el gasto por parte de las instituciones de salud (cuadro VII). Pese a ello, es evidente que el gasto en medicamentos representa una importante fuente de egresos de las instituciones. Además,

CUADRO VI

RECURSOS FINANCIEROS Y GASTO EN MEDICAMENTOS DE LAS INSTITUCIONES DEL
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. MEXICO 1970-1971

INSTITUCIONES	AÑO	INGRESOS TOTAL	EGRESOS TOTAL	EGRESOS EN MEDICAMENTOS	% EGRESOS
SSA	1970	350,864.00	435,469.00	42,052.00	9.65
	1971	437,394.00	454,127.00	39,270.00	8.64
IMSS *	1970	7,953,654.00	5,663,221.00	1,059,019.00	18.70
	1971	10,229,719.00	5,568,867.00	1,041,378.00	18.69
ISSSTE	1970	947,610.00	873,147.00	204,651.00	23.43
	1971	1,012,003.00	1,142,293.00	237,753.00	20.81
PEMEX	1970	275,319.00	275,323.00	93,304.00	33.88
	1971	355,870.00	355,874.00	118,586.00	33.32
F.F.C.C.	1970	141,354.00	141,353.00	53,394.00	37.77
	1971	141,353.00	141,353.00	53,395.00	37.77
SDN	1970	161,139.00	161,139.00	18,215.00	11.30
	1971	175,445.00	175,446.00	16,424.00	9.36
SM	1970	35,406.00	32,308.00	4,068.00	12.59
	1971	41,100.00	37,606.00	3,920.00	10.42
DDF	1970	125,842.00	112,025.00	14,000.00	12.49
	1971	141,114.00	141,114.00	18,500.00	13.10
PARTICULARES	1970	563,452.00	562,885.00	76,111.00	13.52
	1971	785,253.00	796,757.00	131,715.00	16.53
OTROS	1970	501,222.00	530,911.00	75,486.00	14.21
	1971	340,264.00	349,843.00	67,933.00	19.41
TOTAL	1970	11,055,562.00	8,787,781.00	1,640,300.00	18.66

* En 1978 el IMSS gastó en medicamentos en el orden de 2,727 millones de pesos, que representa el 10% del presupuesto de egresos para ese año.

Fuente: Manual de Estadística Básica Sociodemográfica III Sector Salud y Seguridad Social SPP, 1979.

CUADRO VII

GASTO EN MEDICAMENTOS POR INSTITUCIONES DEL ESTADO 1979

(CIFRAS APROXIMADAS)

MILLONES DE PESOS

Institución	Gasto en Pesos	% del total
IMSS	2,450	58.6
ISSSTE	837	20
PEMEX	387	9.3
SSA	243	5.8
FF.CC.	86	2
SDN	81	1.9
SMN	30	0.7
DDF	29	0.7
DIF	24	0.6
Hacienda	16	0.4
TOTAL	4 183	100

Fuente: Datos de las instituciones.

Tomado de: Crevenna, Pedro y otros, op. cit., p. 220.

si se tiene en cuenta la tendencia curativa que priva en la práctica médica de las instituciones, y si se consideran las características farmacocentradas de la terapia en la práctica médica hegemónica, resulta evidente que el presupuesto en medicamentos es por necesidad del modelo, muy elevado.

Se desvían y se desperdician, de esta manera, a pesar de la utilización del Cuadro Básico, recursos financieros que podrían destinarse hacia acciones preventivas y de promoción comunitaria de salud.

En las páginas anteriores intentamos delinear brevemente algunos de los problemas del proceso salud-enfermedad en México y el perfil que asume el modelo médico hegemónico. Así, hemos visto, primero, ciertas características de los dos grandes grupos humanos que integran el país -el urbano y el rural- y señalamos ciertas realidades de la salud de cada uno de ellos, así como de las diferentes enfermedades por clases sociales y por grupos de edad.

Luego nos ocupamos del MMH: cómo funciona, con qué concepciones predominantes se maneja el médico, y de qué modo inciden dichas concepciones en la visión del cuerpo, de la enfermedad y, consecuentemente, de la cura: cómo esta depende cada vez más de la farmacoterapia, y de qué manera esta dependencia responde a determinadas exigencias de la sociedad capitalista.

Por fin, observamos las relaciones entre el sistema de atención a la salud, el MMH y las características de la población cubierta. Esto nos permitió comprender, así sea mínimamente, por qué un porcentaje tan elevado del gasto en salud es destinado a los medicamentos.

El tratamiento de los temas aquí expuestos no pretendió, es evi-

dente, ser exhaustivo. Empero, era necesario abordarlos aunque más no fuese de modo introductorio, a fin de que nuestra preocupación central -momento prescriptivo e industria farmacéutica- encontrase su sitio en el marco de una problemática tan amplia como -al menos de muchos de sus aspectos- compleja y desconocida hasta hoy.

NOTAS CAPITULO I

- (1) Timio, Mario. Clases sociales y enfermedad. México, Nueva Imagen, 1979.
- (2) Kumate, J., L. Cañedo y O. Pedrotta, La salud de los mexicanos y la medicina en México, México, El Colegio Nacional, 1977.
- (3) Según datos de los Censos generales de Población (DEGE-SPP) de 1970, los sistemas de alcantarillado en localidades mayores de 2500 habitantes beneficiaban a 11 millones de personas y 10.5 millones de habitantes no lo poseían. En 1980, 28% de las viviendas no disponían de agua y el 49% no tenía agua dentro de la vivienda. Para 1970 del total de viviendas censadas, el 41% alojaban a casi 20 millones de personas y tenían instalaciones de drenaje intradomiciliaria para el manejo de las excretas, mientras que el 59%, donde se alojaban 28 millones de personas no contaban con estos servicios. En 1980 el 58% de las viviendas eran de 1 y 2 cuartos y albergaban al 50% de la población. En 1970 sólo cinco millones de las 8.286.000 viviendas censadas en ese año tenían agua entubada; en 1980 de las 12.074.609 viviendas censadas, sólo 8.533.164 tenían agua entubada. En 1970 el 40% de las viviendas tenían un solo cuarto, el 29% dos cuartos y en 1980 el 29% tenían un cuarto y el 29% 2 cuartos. Otras estadísticas de la SSA, indican que el 46% de la población del país no tiene servicios de agua potable y que el 59% habita en cuencas pluviales sumamente contaminadas.
- (4) Se producen diariamente en todo el territorio nacional cerca de 39000 toneladas de basura que no recibe tratamiento adecuado. Se calcula que mueren cuando menos 700.000 personas a consecuencia de la

contaminación biológica del agua y los alimentos. Daniel Lopez Acuña. La salud desigual en México, México, Siglo XXI, 1980, p. 22.

(5) Deleule, D., F. Guéry, El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1975.

(6) Crevenna, P., V. Soria, J. Alcocer, E. Vega, Las transnacionales de la salud, México, Taller Abierto, 1983, p. 37.

(7) Información estadística. Sector salud y seguridad social, núm. 4, México, SPP (INEGI), julio de 1985.

(8) En el caso de la morbilidad, por ejemplo, los registros son prácticamente inexistentes; tampoco hay, por otra parte, encuestas nacionales de salud y los boletines epidemiológicos son incompletos, los registros de mortalidad, como los de natalidad, son deficientes y existe un subregistro y una extemporaneidad importante, difíciles de precisar. Por otra parte, un gran número de defunciones no están registradas medicamente.

(9) Celis, A. y Y. Nava, "Patología de la pobreza", Revista médica del Hospital General, vol. 33, Nº 6, México, pp. 371-386.

(10) Los mexicanos viven un promedio de 65 años y en EEUU, Canadá y Cuba la esperanza de vida (EV) al nacer es mayor de 70 años.

Por su parte, la tasa bruta de mortalidad era en México, en 1974, de 7.4 defunciones por cada 100 habitantes. en 1981 esta tasa era de 5.95 por cada 1000 habitantes. En 1974 hubo 435 888 muertes registradas -un 40% de menores de 15 años, es decir la mortalidad general presenta un alto comonente de defunciones tempranas. En 1980 la tasa de mortalidad infantil de menores de un año fue de 34.52% por cada 1000 nacidos vivos registrados en ese año.

En 1978 México se encontraba entre los 10 países americanos con mayor mortalidad infantil con una tasa aproximada de 66%, Cuba tuvo una tasa casi tres veces menor y Canadá y EEUU tasas de 15 y 14 veces menos respectivamente. Se observa en México, en este grupo de edad, que más del 50% de muertes se deben a enfermedades infecciosas, casi el 20% a complicaciones del parto y puerperio y la séptima causa de muerte es por deficiencias nutricionales.

La mortalidad en los grupos preescolares (uno a cuatro años) muestra también tasas elevadas. La tasa de mortalidad de este grupo para 1981 fue de 2.74 por 1000, y las principales causas de muerte son enfermedades infecciosas intestinales, neumonía, accidentes de tránsito, bronquitis, efisema y asma, tosferina, tuberculosis, deficiencias nutricionales... Los datos fueron obtenidos basicamente de las publicaciones de la SPP (INEGI). X Censo General de Población y Vivienda, 1980. Información estadística...op. cit. y de Lopez Acuña, op. cit.

(11) Laurell, A. C., "La salud y la enfermedad como proceso social" Revista Latinoamericana de salud N° 2, México, Nueva Imagen, 1982, p. 21.

(12) Laurell, A. C., "El proceso de trabajo y salud", Cuadernos Políticos N° 17, México, ERA, 1978.

(13) Foucault, M., El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI, 1980.

(14) Menéndez, E., "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud", Revista Centroamericana de ciencias de la salud. Programa Centroamericano de ciencias de la salud, CSUCA, Costa Rica, Mayo-agosto de 1981, pp. 65-90.

(15) Canguilhem, G., Lo normal y lo patológico, México, Siglo XXI, 1982, p. 61.

(16) Queda excluida aquí casi la mitad de la población que no es cubierta por estas instancias de la medicina científica. Esta parte de la población recurre fundamentalmente a las práctica de la medicina tradicional y a la herbolaria.

(17) Lopez Acuña, op. cit.

(18) Información estadística ... op. cit.

(19) Crevenna, P. y otros, op. cit., p. 45.

(20) Información estadística...op. cit.

(21) Necesidades esenciales en México. Salud. México, COPLAMAR-Siglo XXI, 1983 (2ª edición).

(22) Información estadística...op. cit.

CAPITULO II

LA PRODUCCION DE MEDICAMENTOS

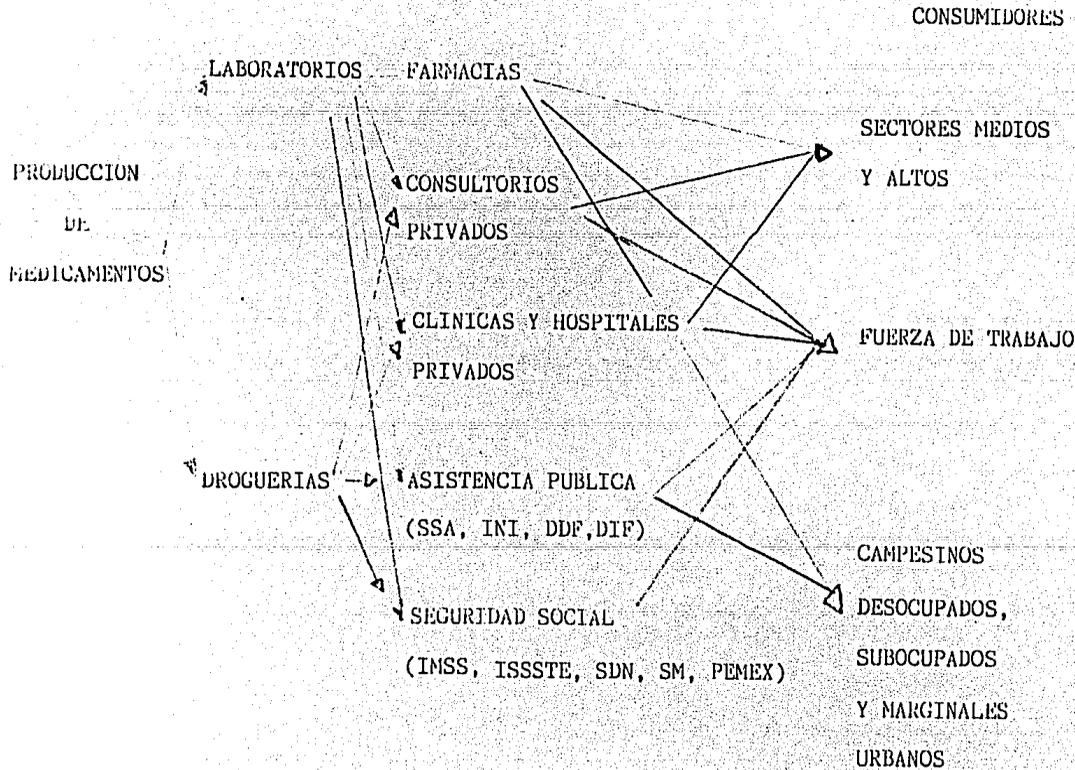
El producto característico de la IF es el medicamento como mercancía, es decir, como objeto destinado a la venta en el mercado. Es así como, a pesar de su función especial, participa de las cualidades de toda mercancía. El medicamento dentro de la racionalidad capitalista está sujeto al juego de la oferta y demanda, lo cual implica necesariamente producción para un mercado, competencia por el mismo y presión hacia el consumo a través de la propaganda. La IF dirige sus esfuerzos hacia este objetivo: garantizar la demanda creciente de medicamentos.

Desde la industria se estimula la dependencia del tratamiento médico de los productos farmacéuticos. Esta expansión de la demanda de medicamentos sustenta una tasa de beneficios en constante aumento. En la gráfica I se considera el flujo de medicamentos en el mercado farmacéutico mexicano y se puede observar cómo casi la mayoría de la población es alcanzada de alguna manera por la producción de la IF a través de la práctica médica privada, pública y doméstica.

Si aceptamos que uno de los pilares de la práctica médica hegemónica es la farmacoterapia debemos aceptar también que existe una relación dinámica y necesaria entre ésta y la IF. En este capítulo nos proponemos destacar los rasgos esenciales de la producción de medicamentos en México en función de las formas particulares de articulación entre medicina científica (del MMH), la IF, la profesión médica y los pacientes-consumidores. En general los análisis de la estructura de

GRAFICA I

MERCADO DE FARMACOS



la IF, presentan una cierta tendencia economicista, que en gran medida ha conducido a explicaciones mecánicas sin referencia a sus relaciones con el MMH y a los mecanismos sociales e ideológicos sin los cuales no podría reproducirse.

Expansión de la producción y la demanda de medicamentos en México

En una etapa signada por la ampliación del mercado mundial como fue el periodo de posguerra, y con el apoyo de grandes capitales, se equiparon técnicamente las nuevas plantas. De tal forma, la estrecha relación entre el avance científico (estimulado por las grandes guerras) y el tecnológico, dió paso a la producción masiva de medicamentos y, consecuentemente, a la necesidad de abrir nuevos mercados acordes con la mayor oferta. Las grandes empresas se ven obligadas a intensificar el proceso de expansión internacional para hacer frente a la creciente competencia a nivel mundial y para asegurar la máxima penetración en los nuevos mercados: los países de capitalismo dependiente. Esta expansión se dió primero a través del comercio exterior y luego la disponibilidad de infraestructura, favorables políticas económicas y ampliación de los mercados en los países dependientes, facilitaron la instalación de plantas productoras.

Es el momento en que investigadores profesionales se incorporan masivamente al servicio de los laboratorios, medio a través del cual éstos se apropian directamente de los descubrimientos científicos. No otro fin persiguen, paralelamente, los "subsidijs" a institutos y universidades. Todo este proceso tuvo lugar en el marco de una feroz com-

petencia, alentada por la posibilidad de patentar nuevas drogas y procedimientos de obtención. Su consecuencia más notable es la proliferación de medicamentos, que obedecen en el 90% de los casos a razones de índole estrictamente comercial.

Hacia 1981, el mercado total de productos farmacéuticos excedía los 76 mil millones de dólares (1). Ese mercado era cubierto por algo así como 4000 a 5000 compañías, que incluyen desde pequeños establecimientos a enormes productores especializados, con ingresos superiores a los 1000 millones de dólares/^{por año} (2). De estas empresas la mayoría no son grandes compañías, y la producción en cada país está dominada por pocas firmas, que son verdaderamente multinacionales en cuanto a sus operaciones, a pesar de que su propiedad tiende a permanecer en sus países de origen.

En México, de las 40 principales empresas farmacéuticas (clasificadas según las ventas) sólo 13 se habían constituido hasta 1939, en los años 40 se constituyeron 19 (cuadro I). Pero el gran impulso de la industria se dió en los 50 y su crecimiento acelerado en los 60 (3). Este periodo se caracterizó por la entrada de compañías transnacionales, y el número de empresas medianas y grandes casi se duplicó durante esos años. Así es como el promedio del crecimiento anual del producto bruto de la IF en términos reales fue de 9.8% para el periodo 1960-1975, mientras que el de la industria manufacturera en general fue de 9.2%.

Progresivamente, con el asentamiento de la actividad industrial a partir de la década de los 30, se inició el procesamiento local de sustancias químicas importadas a través de establecimientos dedicados

ANTIGÜEDAD Y FECHA DE INVERSIÓN EXTRANJERA DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACÉUTICAS DE MÉXICO
(ORDEADAS SEGÚN SU POSICIÓN EN EL MERCADO)

NOMBRE DE LA SOCIEDAD	AÑO DE CONSTITUCIÓN	PRINCIPAL INVERSIONISTA EXTRANJERO	AÑO DE LA INVERSIÓN EXTRANJERA
1. Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V.	1944	Ciba Geigy, A.G. (Suiza)	1944
2. Laboratorios Pfizer, S.A. de C.V.	1951	Pfizer Corp. (EU)	1951
3. Wyeth Vales, S.A.	1944	American Home Products Corp. (EU)	1944
4. Upjohn, S.A. de C.V.	1955	The Upjohn Company (EU)	1955
5. Scheramex, S.A. de C.V.	1950	Schering (EU)	1950
6. Productos Roche, S.A. de C.V.	1948	Hoffman La Roche (Suiza)	1948
7. Eli Lilly y Compañía de México, S.A. de C.V.	1943	Eli Lilly Co. (EU)	1943
8. Laboratorios Promeco de México, S.A. de C.V.	1954	Laboratorios Promeco (Argentina) [Boeringer-Ingelheim]	1954
9. Grupo Roussel, S.A.	1933	Roussel Uclaf, S.A. (Francia, RFA)	1933
10. Abbott Laboratories de México, S.A.	1934	Abbott Laboratories of North Chicago (EU)	1934
11. Merck Sharp and Dohme de México, S.A. de C.V.	1956	Merck and Co. Inc. (EU)	1956
12. Laboratorios Bristol de México, S.A. de C.V.	1959	Bristol Laboratories Beecham (GB)	1959
13. Syntex, S.A.	1944	Syntex Corp. (EU)	1956
14. Mead Johnson de México, S.A. de C.V.	1957	Bristol Myers Co. (EU)	1957
15. E.R. Squibb & Sons de México, S.A. de C.V.	1943	E.R. Squibb Sons Inc. (EU)	1943
16. Parke Davis y Compañía de México, S.A. de C.V.	1942	Parke Davis and Company (EU)	1942
17. Schering Mexicana, S.A.	1955	Schering A.G. (RFA)	1955
18. Bayer de México, S.A.	1937	Bayer, A.G. (RFA)	1937
19. Boehringer Ingelheim Mexicana, S.A.	1970	Boehringer Ingelheim, A.G. (RFA)	1970
20. Farmacéuticos Lakeside, S.A.	1943	Galeno, S.A. (México) Chempharm Ltd. (Canadá)	1943
21. Ayerst ICI Laboratorios Asociados, S. de R.L.	1958	American Home Products Corp. (EU); Imperial	1962
22. The Sidney Ross Co. S.A.	1929	Sterling Drug Inc. (EU)	1929
23. Química Hoechst de México, S.A.	1957	Hoechst (RFA)	1957
24. Sandoz de México, S.A. de C.V.	1947	Sandoz (Suiza)	1947
25. Richardson Merrell, S.A. de C.V.	1957	Richardson Merrell Inc. (EU)	1957
26. Cyanamid de México, S.A. de C.V.	1958	American Cyanamid Co. (EU)	1958
27. Laboratorios Sanfer, S.A.	1957	Beecham (GB)	1957
28. Laboratorios Lepetit de México, S.A.	1955	Lepetit, S.A. (Italia), propiedad de Dow Chemical	1964
29. Laboratorios Grossman, S.A.	1947	Revlon Inc. (EU)	1972
30. Compañía Medicinal La Campana, S.A. de C.V.	1917	Warner Lambert (EU)	1917
31. Productos Gedeon Richter (América), S.A.	1934	Richter Corporation (Bahamas)	1934
32. A.H. Robins de México, S.A. de C.V.	1960	A.H. Robins Co. (EU)	1961
33. Glaxo de México, S.A. de C.V.	1964	Glaxo Group Ltd. (CB)	1964
34. Searle de México, S.A. de C.V.	1955	G.D. Searle and Co. (EU)	1955
35. Organon Mexicana, S.A.	1955	Akzo Pharma (Holanda)	1971
36. Merck-México, S.A.	1955	Merck Holding, A.G. (RFA)	1955
37. Laboratorios Carnot Productos Científicos, S.A.	1941	100% mexicana desde sus inicios	-
38. Rhodia Mexicana, S.A.	1961	Rhone Poulenc, S.A. (Francia)	1961
39. Johnson & Johnson de México, S.A. de C.V.	1931	Johnson & Johnson (EU)	1931
40. Chinoín, Productos Farmacéuticos, S.A.	1932	100% mexicana desde 1946	Originalmente capital húngaro

1. Fecha de constitución de Ciba Mexicana, que en 1971 se fusionó con Geigy para formar la actual empresa.
2. Antes American Home Products.

FUENTE: Dirección General del Registro Nacional de Inversiones Extranjeras.

Tomado de: Paría y Campos, M. "La industria farmacéutica", Comercio Exterior, Vol. 27 no. 8, México, agosto 1977, p. 889

fundamentalmente a operaciones de mezcla, freaccionamiento y envase, las de menor complejidad tecnológica.

Al avanzar el proceso de industrialización y ampliarse la base capitalista de la economía, se fueron generando las condiciones necesarias para la expansión del capital transnacional, y la producción de medicamentos encontró una situación favorable para un rápido crecimiento, controlado estrechamente por el capital extranjero.

Entre las condiciones que favorecieron aquel crecimiento tenemos - Medidas de política económica que estimularon la producción local de productos industriales sustitutivos de importaciones, de las que también se benefició la IF. Así la legislación arancelaria, que impone fuertes limitaciones a la importación de productos terminados, y facilita la importación de maquinaria e insumos; la legislación impositiva, que en ciertos casos atrajo filiales de la IF; la creación y la ampliación de la infraestructura (agua, electricidad, infraestructura vial, etc.) también contribuyeron en gran medida a esta expansión.

- Un importante incremento en la demanda interna.

Por una parte este incremento se dió por las intensas campañas de publicidad de la IF, que logró captar un importante sector de los grupos de elevados ingresos. Y por otra, la extensión de la fuerza de trabajo laboral y su lucha por el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo permitió que ella accediera a un cierto grado de cobertura médica y farmacéutica a través de los sistemas de seguridad social, creados en esta época (el IMSS en 1943, y el ISSSTE en 1960). Esta conquista lograda en mayor o menor medida por la mayoría de los sectores trabajadores, fue facilitada por los rápidos incrementos de

productividad de la industria que originó modificaciones fundamentales en las características de la IF. Sin embargo el consumo asalariado no fue la única fuente de incremento de la demanda de medicamentos. El mercado comenzó también a expandirse hacia las poblaciones rurales y marginales urbanas. La expansión hacia las zonas rurales se origina por dos vías: la salarización de los trabajadores rurales y por la extensión de los programas de cobertura sanitaria hacia estas zonas, que promueven fuertemente la farmacoterapia.

La introducción de la medicina de patente en las prácticas médicas tradicionales en el campo mexicano, se comienza a verificar desde la década de los 30 en ciertos medios rurales (4) en las pautas de automedicación. En los 40 se incorpora tempranamente el uso de antibióticos (principalmente penicilina) y ya en los 50 se habla de una "lluvia de medicamentos" sobre la población en su conjunto incluyendo las drogas para aliviar los padecimientos mentales, utilizadas también por los curadores tradicionales. En los 60 y 70 se incrementa sustantivamente el expendio de medicamentos.

Los programas de extensión de la cobertura sanitaria, como el Programa IMSS-COPLAMAR implantado desde 1979, facilitan la penetración de fármacos a través de la prescripción médica como difusora de un patrón de consumo. Por un lado ^{se} va desplazando la utilización de la herbolaria y la medicina tradicional y por otro se impulsa la expansión de la IF. La población-objetivo del Programa INSS-COPLAMAR, por ejemplo, no fue sino hasta fecha reciente que tuvo acceso a servicios médicos y a fármacos. Si bien se prescribe de acuerdo con el Cuadro Básico y los medicamentos no se pagan con dinero sino con trabajo comu-

nitario, se esta promoviendo la introducción de prácticas de consumo de medicamentos. A través de la automedicación se incrementa el consumo de medicamentos de patente. El proceso de sustitución de las plantas medicinales por el de los productos farmacéuticos es lento pero parece tener una tendencia progresiva.

La ampliación de la cobertura sanitaria permite una creciente intervención del estado y facilita el control político e ideológico de extendidos sectores de la población rural o marginal urbana. Además el incremento de la demanda de medicamentos genera un incremento en el nivel de ganancias globales de la industria ayudando a la reproducción del capital.

Empresas Transnacionales:

Dependencia y control del mercado farmacéutico

Las características de la producción de medicamentos a nivel mundial se reflejan en gran medida en la economía mexicana en particular y en las economías de los países dependientes en general. Se verifica en estas economías un aumento en el control monopólico sobre la producción y circulación, en materia de generación de tecnología (incluyendo nuevas marcas comerciales) y de producción de insumos. Se produce una concentración tanto a nivel geográfico (en algunos países altamente industrializados) como a nivel de las empresas transnacionales (en adelante Ets). Dentro de este contexto, la inercia por parte del Estado en el control sobre las actividades de esta rama industrial, favorece la situación de dependencia de las Ets. Esta situación se ex-

presa en el elevado porcentaje de los mercados que dominan y en la balanza comercial de productos terminados que es negativa (cuadro II).

La IF mexicana ha tenido una alta participación de las Ets desde los años 30, cuando se establecieron grandes empresas extranjeras como Abbot, Bayer, Johnson & Johnson, Richter, etc. Esta industria constituye hoy uno de los casos extremos de la dominación de la inversión extranjera directa, tanto por el volumen de producción que controla, como por su participación en el capital social de las empresas (cuadro III). A finales de los años 40 y en los 50 comienzan a abandonar sus actividades preponderantemente comerciales y se instalan las plantas industriales. Este proceso se realizó a base de capital extranjero y ya a finales de los 50 se habían establecido 75 Ets, duplicandose este número durante la siguiente década. Hacia 1970 las 40 empresas más grandes que hoy dominan el mercado, ya habían sido fundadas (5) (cuadro I).

Hasta mediados de los años 50 la modalidad de instalación era la de nuevas plantas. Pero a partir de ese periodo y hasta 1968 las empresas prefirieron adquirir plantas ya existentes. De un número de 15 filiales establecidas durante ese periodo, sólo 5 eran nuevas plantas y 8 fueron empresas mexicanas adquiridas, y una fue el resultado de una fusión (6).

Desde finales de los años 60 se ha dado un proceso de diversificación de las empresas, que forman grupos, liderados por las compañías químico-farmacéuticas: Ciba-Geigy (tres empresas); Pfizer (4 empresas) American Home Products (6); Upjohn (3); La Roche (3); Warner Lambert-Parke Davis (8); Hoechst (6); y Akzo (5).

CUADRO 11

Dominación del capital extranjero en el mercado de productos farmacéuticos en América Latina.
(millones de dólares)

Pais	VBP 1/	Exp. 1/	Imp. 1/	Consumo 1/	Balanza comer. 1/	%mercado emp. ext. 4/
E.E.U.U.	8336	630	167	7923	463	15
Canadá	497	48	119	568	-71	85
Venezuela	124	---	39	163	-39	88
Argentina	162	19	40	183	-21	70
México	237	45	60	252	-15	82
Uruguay	...	-3/	2.7 ^{3/}	...	-2.7 ^{3/}	...
Brasil	761	9	82	834	-73	85
Costa Rica	...	5.7 ^{2/}	12.9 ^{2/}	...	-7.2 ^{2/}	...
Chile	135	--	25	160	-25	...
Ecuador	15	2	11	24	-9	...
Guatemala	...	10 ^{2/}	13.6 ^{2/}	...	-3.6 ^{2/}	...
Perú	84	1	3.1	114	-30	95(64) ^{5/}
Colombia	114	6	24	132	-18	90(74) ^{5/}
Bolivia	...	-3/	5.1 ^{3/}	...	-5.1 ^{3/}	...
Cuba

1/ Fuente: UNIDO: "The growth of the pharmaceutical industry in developing countries: Problems and Prospects", New York, 1978. (UNIDO E.78.II.B.4); pp. 43-44. Datos de 1973 en millones de dólares U.S.

2/ Fuente: UNCTAD: "Major Issues in Transfer of Technology to Developing Countries. A case study of the pharmaceutical industry", Ginebra, 1975. (UNCTAD TD/B/C.6/4) Annex p.4. Datos de 1971.

3/ Fuente: UNIDO: "Draft world-wide study of the pharmaceutical industry", Nueva York, 1978, p.19

4/ Fuente: UNCTC: "Transnational Corporations and the pharmaceutical industry", Nueva York, 1979, p.115 El porcentaje del mercado copado por empresas extranjeras (empresas cuyas acciones pertenecen en más del 50% a accionistas extranjeros) y las ventas por las empresas locales que funcionan como distribuidores contratados o como maquiladoras. Esta cifra no incluye la producción por empresas locales (más del 50% de las acciones pertenecen a accionistas nacionales) de fármacos bajo licencia extranjera.

5/ Fuente: UNCTAD; Committee on transfer of technology: "Major Issues in transfer of technology to developing countries. A case study of the pharmaceutical industry", TD/B/C.6/4, 1975, p. 19.

Tomado de Hulshof, José. Economía Política del sistema de salud. México, ILET, 1981.

--- Cero; ... no disponible en las fuentes utilizadas.

CUADRO III

Origen de las mayores empresas farmacéuticas en

México (1974)

Empresa	País origen de la casa matriz
Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V.	Suiza
Laboratorios Pfizer, S.A. de C.V.	E.U.
Wyeth-Vales, S.A. (antes American Home Products)	E.U.
Upjohn, S.A. de C.V.	E.U.
Scheramex, S.A. de C.V.	E.U.
Productos Roche, S.A. de C.V.	E.U.
Eli Lilly y Compañía de México, S.A. de C. V.	E.U.
Laboratorios Promeco de México, S.A. de C.V.	Argentina
Grupo Roussel, S.A.	Francia
Abbott Laboratorios de México, S.A.	E.U.
Merck Sharp & Dohme de México, S.A. de C.V.	E.U.
Laboratorios Bristol de México, S.A. de C.V.	G.B.
Syntex, S.A. División Farmacéutica.	E.U.
Mead Johnson de México, S.A. de C.V.	E.U.
E.R. Squibb & Sons de México, S.A. de C.V.	E.U.
Parke Davis y Compañía de México, S.A. de C.V.	E.U.
Schering Mexicana, S.A.	Alemania
Bayer de México, S.A. División Farmacéutica	Alemania
Boheringor Ingelheim Mexicana, S.A.	Alemania
Farmacéuticos Lakeside, S.A.	Canadá

Fuente: de María y Campos, op. cit. p. 890

En estos procesos se manifiesta claramente el carácter transnacional de la IF en México, pero resulta interesante constatar que los mercados nacionales de productos farmacéuticos en diversos países europeos también están controlados por las Ets (7) (cuadro IV).

La dependencia de la IF se expresa en indicadores tales como: el porcentaje de materias primas importadas, que en México representa alrededor del 50%; en la propiedad de las patentes, generalmente encima del 85% en manos extranjeras; en los bienes de capital importados, en México casi la totalidad del equipo de control de calidad y la mayor parte del equipo de producción es importado (8).

Existían en México, en 1976, 144 empresas de capital extranjero que fabricaban productos finales y algunas materias primas. Esas empresas actúan en un mercado en el cual aproximadamente el 85% de las ventas corresponden a empresas de capital extranjero mayoritario. De las 40 empresas más importantes que representan el 68% de las ventas a farmacias sólo dos son mexicanas: Laboratorios Carnot, S.A., y Laboratorios Chinon (cuadro I).

Dependencia Tecnológica

La IF es hoy una de las más internacionales del mundo capitalista las 50 empresas principales del sector, que representaron la mayor parte de la producción de medicamentos de los países no socialistas, tienen intereses directos en la producción, formulación y venta de productos farmacéuticos en la mayoría de los países industrializados o de capitalismo dependiente (cuadro V). Aunque las Ets en el sector no son excepcionalmente grandes para los patrones de las Ets (9) el grado de multinacionalidad de sus operaciones, la importancia social

CUADRO IV

PARTICIPACION DE LAS EMPRESAS EXTRANJERAS EN LOS MERCADOS
NACIONALES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN DIVERSOS PAISES
EUROPEOS

PAIS	%
BELGICA	90
FINALANDIA	50
FRANCIA	45
ALEMANIA, REP. FED. DE	25
ITALIA	55-85
NORUEGA	36
PAISES BAJOS	90
SUECIA	50
SUIZA	34
REINO UNIDO	73
PROMEDIO PONDERADO (1971):	47

Fuente: UNCTAD, Committee on Transfer of Technology: "Major Issues in transfer of technology to developing countries. A case study of the pharmaceutical industry", TD/B/C.6/4, 1975.

Tomado de: Hulshof, José. La economía política del sistema salud. México, ILET. Julio de 1981.

CUADRO V

LAS CINCUENTA PRINCIPALES COMPAÑIAS FARMACEUTICAS TRANSNACIONALES EN 1977

Compañía	Domicilio	Millones de	Ventas farmacéuticas	
			Proporción de ventas globales	Líneas de productos incluidas en las ventas farmacéuticas.
1. Hoechst	RFA	1 572.9	16	1
2. Merk and Co.	EUA	1 446.4	84	1,3,4
3. Bayer	RFA	1 273.4	13	1,3,5,7.
4. Ciba-Geigy	SUI	1 150.0	28.2	1,3,7
5. Hoffman-La Roche	SUI	1 145.0	51	1,4
6. American Home Products	EUA	1 116.0	39	1,3,5
7. Warner-Lambert	EUA	1 024.8	40.3	1,2,7
8. Pfizer	EUA	1 016.0	50	1,7
9. Sandoz	SUI	934.8	48	1
10. Eli Lilly	EUA	911.1	53.4	1
11. Upjohn	EUA	744.0	65.6	1,2
12. Boehringer Ingelheim	RFA	734.6	76.8	1
13. Squibb	EUA	668.4	50	1,3,7
14. Bristol Myers	EUA	666.2	30.4	1,7
15. Takeda	JPN	645.6	65.2	1
16. Rhone Poulenc	FRA	613.9	13	1,3
17. Shering-Plough	EUA	606.1	62.6	1
18. Glaxo	GB	593.3	72	1,2,3,4,5,6,7
19. Abbot Laboratories	EUA	581.0	47	1,4,5
20. Beecham	GB	523.8	35.8	1,3,5
21. Johnson and Johnson	EUA	518.3	17.8	1,3
22. Montedison	ITA	486.9	7.8	1,3
23. Cyanamid	EUA	484.0	20.1	1,4
24. Schering	RFA	456.2	50.7	1,4
25. AKZO	HOL	441.5	10.5	1
26. ICI	GB	413.9	5.3	1
27. Smith Kline	EUA	411.0	52.6	1
28. Wellcome	EU	382.3	65	1,3,4,7
29. G.D. Searle	EUA	384.6	51	1
30. Baxter Travenol	EUA	354.6	42	1,7
31. Roussel Uclaf	FRA	340.4	48.3	1
32. Revlon	EUA	333.5	29.2	1,2,7
33. Dow	EUA	333.0	5.3	1,2,6
34. Astra	SUE	307.2	78	1,2
35. Shionogi	JPN	285.5	78	1

36. Fujisawa	JPN	284.7	80	1
37. E. Merk	RFA	275.4	44.3	1
38. 3M	EUA	266.0	7.	1
39. Sankyo	JPN	245.0	79	1
40. Richardson Merrell	EUA	234.8	28.1	1
41. Sterling Drug	EUA	227.5	13.8	1,2
42. Hännwalt	EUA	217.1	26	1,2,7
43. Syntex	PAU	216.3	69	1,4,5
44. A.H. Robins	EUA	211.6	69	1,2,4,5
45. BASF	RFA	209.7	2.4	1
46. Meiji Selka	JPN	174.6	32	1
47. CM Industries	FRA	266.4	62	1,2,3
48. Altana (antes Varta)	RFA	158.4	46.6	1
49. Miles Laboratories	EUA	157.9	33	1,7
50. Tanabe Seiyaku	JPN	153.5	51	1,5

Fuente: U.N. Center on Transnational Corporations, Transnational Corporations and the Pharmaceutical Industry, 1979, basado en los informes anuales de las compañías; DAESA, Disclosures inc; Japan Company Handbook, First Half of 1977; The Financial Times, International Business Yearbook, 1978/1979 y revistas industriales especializadas.

1. Medicamentos a nivel
2. Medicamentos con marcas comerciales.
3. Productos veterinarios.
4. Vitaminas y productos químicos refinados.
5. Productos alimenticios.
6. Agroquímicos.
7. Suministros y equipo para hospitales y laboratorios.

Tomado de Wionezek, Miguel; "Investigación y desarrollo de Productos farmacéuticos en México". Comercio Exterior, vol. 34, No. 6, México, junio 1984, p. 520-521.

de su producción, así como su capacidad de penetración y su poder económico, les confiere características particulares que permiten explicar la naturaleza de la dependencia tecnológica.

Los dos pilares en los que se asienta el poder de mercado de las Ets son la tecnología y las estrategias de comercialización. La tecnología, estrechamente ligada al desarrollo de productos "me-too", se apoya en la promoción y publicidad que tan poderosamente manipula la industria, así como en el estímulo de preferencias por la marca comercial, neutralizando de esta forma la competencia de precios.

La tecnología como propiedad de las Ets, es transferida a los países donde están instaladas, bajo los lineamientos de las empresas extranjeras; de manera que este proceso responde a los objetivos de maximización de beneficios de la casa matriz.

Los países dependientes han contribuido insignificativamente al progreso tecnológico de la IF y dependen casi exclusivamente de las investigaciones realizadas en los países de origen de las Ets. Esta situación de dependencia en la que se encuentra México, por ejemplo, tiene como consecuencia la escasa investigación sobre las enfermedades más frecuentes en el perfil epidemiológico de la población. Los antibióticos, por ejemplo, son los ingredientes activos que se prescriben en los cuadros clínicos de las enfermedades de mayor incidencia en el país, y constituyen aún hoy el mayor grupo de sustancias farmacéuticas de importación (10). Esta situación se presenta en un mercado terapéutico, en donde el descubrimiento y difusión de las sustancias activas es de hace 3 o 4 décadas pero a las empresas extranjeras del ramo no les interesa el desarrollo tecnológico integrado de la indus-

tria y la dependencia se acentúa.

La vía de transferencia de tecnología más importante es la inversión extranjera directa en filiales de propiedad y control totalmente extranjeros. A pesar de haberse registrado ventas de ciertas patentes a empresas de propiedad local, la parte fundamental de la tecnología, la más reciente, los nuevos productos, por lo tanto lo más rentable, en manos de las Ets.

Por otra parte, las Ets mantienen también el control de la materia prima básica y auxiliar. Esta tecnología se encuentra ligada al producto, y su incorporación al país se facilita ya que se hace en forma "cautiva", es decir, ya sea empaquetada si es objeto de licencia, o directamente vía sus propias subsidiarias. En México, el 86% de los pagos por transferencia de tecnología se originan en las Ets. Su coeficiente de importación (pagos por transferencia de tecnología sobre el valor de la producción), alcanzó un 6% para las Ets farmacéuticas, mientras que para las Ets de la industria química como un todo, llegó al 3.7% y a 0.8% para compañías nacionales en esta industria. Los pagos por transferencia de tecnología representan el 25% de los pagos totales de la industria manufacturera (11).

Cabe señalar que el control transnacional del mercado de la IF en México no está determinado por la magnitud de las economías de escala -aún cuando esto podría ser importante para ciertos productores de materias primas- sino más bien por el superior manejo de dos variables intimamente ligadas, la tecnología orientada al consumo y la diferenciación de productos, aún cuando esta última es más el resultado que la causa de la estructura concentrada de mercado (12). El control

por parte de las Ets ha modelado un tipo de tecnología de consumo que está ligada a las economías de los países industrializados. Esta tecnología tiende a facilitar la obsolescencia acelerada de las mercancías, el incremento del número de productos en el mercado y el aumento de la diferenciación de productos. Este proceso acentúa y retroalimenta la dependencia del tratamiento médico con respecto al fármaco, y eleva los niveles generales de consumo de medicamentos.

Características de la Industria:

Concentración y proceso de oligopolización

La IF presenta una estructura de producción monopólica desde sus orígenes, y el grado de concentración de esta industria (como uno de los indicadores clave del grado de monopolio), es bastante elevado en los países productores (cuadro VI). En los años 60 se verifica una tendencia a la concentración de la producción total fundamentalmente en estos países, correspondiendo a los 4 mayores productores el 24% de la producción en 1967, mientras que el promedio entre 1967 y 1971 ascendió a 26% (13). En cuanto a la concentración geográfica, casi 75% de la producción mundial de medicamentos tuvo lugar en la última década en sólo seis países centrales. En cuanto a empresas, 30 grandes laboratorios cubrieron más de 50% de la producción de las economías capitalistas. Si bien la explicación de este elevado nivel de concentración puede parecer oscuro al principio, ya que no hay economías de escala significativas en la elaboración de medicamentos y, por tanto, no existen ventajas aparentes de las grandes empresas sobre las peque-

CUADRO VI

CONCENTRACION DE LA PRODUCCION DE MEDICAMENTOS
EN LOS PRINCIPALES PAISES PRODUCTORES

(En porcentajes)

País .	Participación de las 20 empresas más importantes	Participación de las 50 empresas más importantes	Año	Número aproximado de fabricantes. (1970-1972)
Belgica	45	65	1969	260
Francia	37	62	1971	365
Alemania, Rep. Fed. de	50	65	1972	2 000
Italia	39	66	1970	566
Países bajos	75	95	1969	150
Suecia	80 (aprox.)	80	1969	197
Suiza	54	68	1969	400
Reino Unido	67	95	1969	283
Estados Unidos	52	79	1963	599

Fuente: UNCTAD, op. cit., Pág. 17

Tomado de: Hulshof, José. op. cit.

ñas, debemos procurar otros indicadores. Encontramos así que las fuentes de la concentración en esta actividad son el nivel de innovación de productos, los altos costos (y riesgos) de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, y las tendencias monopólicas que surgen de las características de los sistemas de patentes y marcas registradas. Aunque no existen economías de escala en la elaboración, sí las hay e importantes, en la manufactura de los ingredientes básicos. Otro elemento indicativo del proceso de concentración es la integración cada vez mayor, en las grandes corporaciones entre su producción química y su producción farmacéutica. A partir de esta integración las grandes empresas pueden dominar desde la fabricación de las materias primas químicas, hasta el producto final, el medicamento (14). En conjunto estos factores sirven para levantar barreras a la entrada de nuevas empresas en este mercado.

En consecuencia la IF consiste en cada país en un gran número de pequeñas firmas locales que abastecen una proporción marginal, digamos del 15% de los fármacos del mercado. Junto a éstas se encuentra un número reducido de grandes firmas, de origen multinacional, que controlan el resto del mercado. Esta estructura de la IF se apoya en la concentración, la naturaleza de la tecnología, y en las prácticas de comercialización de las grandes compañías.

Desde la IF se argumenta que no se trata de un mercado oligopólico sino competitivo, debido a que la máxima participación por parte de una compañía raramente excede el 7% del mercado total; el porcentaje común para las firmas más grandes es del 2 al 5%, ya sean de propiedad local o subsidiarias de multinacionales (15).

El análisis del proceso de concentración del mercado farmacéutico exige una atención particular. Revisemos algunas cifras. En 1974, Ciba-

Geigy Mexicana alcanzó sólo una participación en el mercado de 3.4% del total de ventas en farmacias, las 20 principales empresas representaron en ese año el 45% del mercado y las 40 más importantes el 68%. Si consideramos las ventajas de los 20 principales grupos farmacéuticos, las cifras aumentan considerablemente, ya que se dan casos de grupos inversionistas extranjeros que tienen dos y hasta tres empresas farmacéuticas en México. Los 20 principales grupos representaron en 1974 alrededor de 56% de las ventas y los 30 más importantes el 77% (cuadro VII) (16).

El mercado nacional se encuentra dominado a primera vista por 40 grupos farmacéuticos, lo cual no indica un alto grado de concentración. Esta es una situación engañosa: un examen riguroso nos muestra que los 20 mayores grupos están presentes en 11 de los 15 mercados terapéuticos más importantes. El mercado farmacéutico es, pues, extremadamente heterogéneo ya que comprende un número de submercados o áreas terapéuticas dentro de las cuales ciertas firmas tienden a especializarse. Es en estos submercados donde debemos analizar la concentración. Podemos lograr así una cierta percepción del control monopólico de las mayores empresas farmacéuticas mediante la tasa de concentración para aquellos productos sustituibles entre sí, o sea la concentración dentro de estas áreas terapéuticas. Esta tasa es muy elevada en casi todos los países capitalistas tanto centrales como dependientes. En EEUU por ejemplo, de cada uno de los 13 grupos terapéuticos más importantes las ventas acumuladas por las cuatro mayores empresas de cada grupo se encuentran entre el 60 y el 90%, tasa que se incrementó marcadamente entre 1960 y 1973 con un promedio de 22% en cada submercado (17).

CUADRO VII

México: Productos que controlan 40% o más de sus respectivos mercados (Ventas a farmacias, diciembre de 1975).

PRODUCTO	MARCA	FABRICANTE	PARTICIPACION EN EL MERCADO (%)
Insulinas para diabéticos	Insulina Lilly	Lilly	100.0
Colagogos con lipotrópicos	Hepatidol	Anfira	57.0
Vitaminas A y D	Aderogyl 15	Roussel	41.9
Vitamina B-12 sola	Axofor	Roussel	51.5
Vitamina C	Cevalín	Lilly	42.4
Otras vitaminas solas excepto K y P	Vitamina E Gelcaps	Gelcaps	42.9
Suplementos minerales, calcio	Calcigenol citaminado	Roussel	41.0
Suplementos minerales, potasio	Corpotasín	Cor	78.1
Otros anabolizantes (no hormonales)	Maxibol	Roussel	67.9
Hemostáticos antifibrinolíticos	Bioficol	Umesa	67.6
Antianémicos, extractos hepáticos	Campolon B-12	Bayer	55.4
Hipocolesterol y antirosclerosos	Atromid-s	Ayerst-ICI	58.4
Sangre y conexo	Hacmacel	Hoechst	83.6
Soluciones intravenosas	Soluciones Abbott	Abbott	77.0
Cardioterapia glucosados cardíacos	Digoxina lanoxin	Burroughs-Wellcome	40.3
Rauwolfias	Raucitol	Promeo	48.1
Hipotensores	Aldomet	Merck Sharp & Dohme	76.7
Diuréticos sin tiazidas	Lasix	Hoechst	54.6
Antivaricosos tópicos	Lasonil	Bayer	48.8
Antibióticos tópicos solos	Vitacilina	Cía. Internacional de	40.6
Sulfas tópicas solas	Sufacol	Sandoz	41.6
Corticosteroides tópicos solos	Synalar, Topsylin, Gelisyn	Syntex	52.2
Apósitos medicamentosos	Parches El Gallo	Kendall	43.6
Productos antiacné	Clearisil	Richardson-Merrell	41.4
Anticonceptivos locales	Lorophyn	Eaton	63.5
Antisépticos vaginales	Benzoal	Terrier	50.7
Gonadotropinas	Gonakor	Sanfer	42.6
Inhibidores de leche materna	Lactogladin	Hormona	59.4
ICTH	Synacthem Depot	Ciba-Geigy	57.1
Tiroides	Cynomel	Smith Kline & French	42.8
Antitiroides	Tapazol	Lilly	67.0
Terapia iodada de tiroides	Yodolactina	Manuell	58.6
Antibióticos, cloranfenicol	Chloromyceltin	Parcke Davis	43.7
Antibióticos, Trimetoprim	Bactim	Roche	75.9
Antibióticos, macrólidos	Lincocin	Upjohn	51.6
Antibióticos, estreptomina y penicilina	Respical	Senosian	51.6
Antimicóticos	Micostin	Squib	96.4
Tuberculostáticos	Myambutol	Lederle	62.0
Antivirales (no vacunas)	Isoprinosine	Sanfer	82.3
Jueros y gamma globulina	Seroglobulin; Hyper-Test; Supertussis; Hipaxotyn	Cutter	57.4
Relajantes inyectables	Robaxin	Robins	44.8
Relajantes vía general	Robaxisal; Robasifen	Robins	47.6
Antigotosos	Zyloprim	Burroughs-Wellcome	60.9
Antiestrogénicos generales	Epontol	Bayer	52.9
Antiestrogénicos locales	Xylocaina	Astra	75.7
Analgésicos narcóticos	Mectoten	Promeo	43.9
	Veganin	La campana	38.9

CONTINUACION.-

antiepiléticos	Tegretol	Parke-Davis	41.3
antihistomycidas	DDT Jabón	Apolo	100.0
Antipalúdicos	Aralen;Plaquinol	Sydney Ross	79.2
Antoparasiticidas	Cuprex	Merck	100.0
antivulsivos	Vick Vaporub	Richardson Metrell	71.2
Antigripales antiinfecciosos	Bremagan	Promeco	40.0
Otológicos corticoides solos	Orecil	Senoisiam	100.0
Otológicos corticoides con antiinfecciosos	Decadron con Neomicina	Merck Sharp&Dohme	84.1
alérgicos	Destamin	Cufol	100.0
Antileucémicos	Oncovin	Lilly	44.8
Antituberculosos	Adriblastina	Farmitalia	71.9
Agentes de diagnóstico, contraste radiológico	Uromiron;Biloptin;	Shering	64.2
Agentes de diagnóstico, análisis de orina	Biligrafina,Biligram	Miles	58.4
Agentes de diagnóstico	Clinitest;Acelest	Miles	99.5
Alimentos antiobesidad	Dextrostix	Wyeth Vales	100.0
Alimentos infantiles	Desobes	Nestlé	55.0
	Nam;Nesbrum;Nestógeno;Leche Nido;Pelargon;destrógeno;Arobon;Lactógeno; Elecon		
Sueros infantiles	Pedialyte	Abbott	63.8

Fuente: Directorio I.M.G. de Empresas Farmacéuticas,1975. Tomado de Mauricio de María y Campos--op.cit.; p.896.-

Esta elevada concentración se repite no sólo en países como Holanda, donde aproximadamente el 80% de cada submercado es controlado por una a tres empresas (18) y Alemania (las cinco mayores empresas acumulan entre 66% y 100% de cada mercado terapéutico con 79% en promedio) (19) sino también en países como Argentina (las cinco mayores empresas en cada submercado controlaban en 1964 aproximadamente el 50% del mercado respectivo) (20); y México, donde las 4 mayores empresas de los grupos terapéuticos más importantes acumularon entre el 60 y el 80% de las ventas (21).

La especialización en uno o varios de los submercados ofrece ventajas a las compañías farmacéuticas cuando esto ocurre en una línea particular de productos. Es el caso de Hoffman-La Roche, por ejemplo, que controla el mercado de psicotrópicos basados en el diazepam. Las presentaciones comerciales de este principio activo, el Librium y el Valium tienen cautivo un tercio del mercado mundial de tranquilizantes. Estos dos productos han sido hoy desplazados en parte por otros, pero Hoffman-La Roche continúa siendo líder en el mercado de psicotrópicos, con más de diez productos con el mismo componente activo (22).

De María y Campos demuestra en un estudio (23), que de los 300 productos más vendidos en México, 64% controlaban más del 40% de sus respectivos submercados. Este poder de mercado llega hasta el 80% o el 100%, esto ocurre en el caso de la insulina de Lilly, el de Cuprex fabricado por Merck, y el Destamin de Gutfol, que tienen el monopolio total (100%) del mercado.

Consideremos el caso de los antibióticos. Para el año 1977, según información publicada por el International Marketing Service (IMS) (24), se registran en México 21 laboratorios, estimados como los de

mayores ventas en el mercado de antibióticos. Si esos productos se subdividen en función de sus propiedades terapéuticas en penicilínicos y aminoglucósidos se obtiene un panorama más claro del poder monopólico dentro del submercado. Los fabricantes de productos penicilínicos lo son a su vez de aminoglucósidos. Para los productos penicilínicos Bristol y Beecham ofrecen el 40.33% del total; y con cuatro laboratorios más controlan el 84.01% de la producción. Para los aminoglucósidos sólo dos laboratorios Upjohn y Shering tienen el 45.38% y junto con dos laboratorios más abastecen el 72.4% del mercado (25).

El poder monopólico encuentra una expresión aún más significativa si se toma en cuenta la elevada concentración en el lanzamiento de nuevos productos y en el abastecimiento de la materia prima y de la sustancia activa a granel (cuadros VIII y IX). Aunque existen aparentemente una gran cantidad de vendedores de cada sustancia activa a granel, la concentración en su producción es extrema: de las 650 sustancias químicas a granel utilizadas en EEUU como insumo de la producción farmacéutica, aproximadamente 500 eran producidas por más de 4 proveedores (26). En países como México, con una producción de sustancias a granel mucho menos desarrollo (ya que se importa la mayor parte de los insumos, y la pequeña parte que se produce está bajo licencia de empresas extranjeras) esta concentración es indudablemente más extrema.

La elevada renta monopólica, permitida por tal concentración en etapas clave de la producción, se expresa en la ya mencionada alta rentabilidad que se observa en el sector farmacéutico; y es asegurada por los grandes márgenes de regalías en la comercialización de tecnología (por lo general patentes y marcas comerciales); cláusulas res-

CUADRO IX

Ibid. a nivel mundial

(Universo: las 250 empresas que descubrieron por lo menos un nuevo medicamento entre 1961-1970)

No. nuevos medicamentos	No. empresas	%acum. de nuevos medicamentos	% acum. de empresas innovadoras
28	1	3.8	0.4
20 (40)	2	9.1	1.2
18	1	11.6	1.6
17	1	13.8	2.0
15	1	15.8	2.4
13 (26)	2	19.4	3.2
12 (24)	2	22.6	4.0
11 (22)	2	25.5	4.8
10 (40)	4	30.9	6.4
9 (54)	6	38.2	8.8
8 (24)	3	41.4	10.0
7 (28)	4	45.2	11.6
6 (36)	6	50.0	14.0
5 (55)	11	57.4	18.4
4 (56)	14	64.9	24.0
3 (45)	15	71.0	30.0
2 (82)	41	82.0	46.4
1 (134)	134	100.0	100.0
Total 744	250		

FUENTE: Ries-Arndt, E. and Elvers, D.: "Neue Pharmazeutische Wirkstoffe, 1961-1970", Pharmazeutische Industrie Vol. 34, No. 3, 1972, citado en James, : "The future of the multinational pharmaceutical industry to 1990", Associated Business Programmes, London, 1977.

Tomado de: Lall, Sanjaya. op. cit.

trictivas postuladas en los contratos respectivos; sobrevaluación en la venta de materia prima; y por la fijación de precios del producto final por criterios que no dependen en primera instancia de los costos de producción y del nivel promedio de la rentabilidad sino más bien de lo que "puede aguantar el mercado". Estos indicadores del poder monopólico ejercido por las mayores empresas pueden dar la impresión de que la competencia interempresarial no tiene gran importancia. Sin embargo la necesidad de las empresas de dedicar una parte elevada de sus llamados costos de producción a la comercialización y ventas (gastos en investigación y desarrollo para la diversificación de productos) están reflejando también la intensidad de la competencia interempresarial.

La fuerte segmentación del mercado y la elevada concentración productiva en los submercados indican que la posición monopólica de la IF, y en particular de las grandes empresas de esa industria, no se ha logrado sólo en base al mecanismo de fijación arbitraria de precios: la competencia en los monopolios se ha desbordado por el lado del recurso de la diversificación de marcas, patentes, aprovisionamiento de insumos, etc.

La estructura típica que ha adquirido el sector farmacéutico en cuanto a la producción y realización refleja las características señaladas en este apartado: existe un pequeño núcleo de grandes empresas, mientras que la mayoría de las empresas son medianas y pequeñas. Las primeras se apropian de rentas monopólicas, y generan escasas innovaciones y los gastos en investigación y desarrollo y comercialización se apoyan en la diferenciación de productos, permitiendo un limitado

mejoramiento técnico en la farmacoterapia. Y por otra parte, las medianas y pequeñas empresas comercializan productos genéricos o productos bajo licencia de alguna empresa monopólica.

Diferenciación de precios

La IF muestra sustanciales diferencias de precios entre regiones, compradores y países (esto indica el poder de discriminar entre varios mercados y es el síntoma clásico de la existencia del poder de mercado); y entre productos similares, que se venden bajo el nombre de marca comercial por las empresas más grandes y bajo nombre genérico por las menores.

Mientras los datos que se refieren a la diferencia de precios, entre empresas farmacéuticas son generalmente difíciles de encontrar, las pocas cifras que existen demuestran diferencias notables, especialmente entre los distintos países. Debemos señalar que estas diferencias no se justifican por elementos tales como los valores de cambio, la reglamentación sanitaria y el costo del transporte. Así por ejemplo, como vemos en el cuadro X, para 1975, los precios del Librium y el Valium entre distintos países presentan una diferencia del 500 y 1000%. Lo que estas cifras nos están demostrando es que los precios se establecen al nivel que el mercado lo permita, y la política del Estado puede ejercer cierta influencia a través de los niveles de precios y ganancias que éste admita.

Las diferencias de precios entre productos idénticos, vendidos con denominación de marca o aún con su nombre genérico, por las diferentes empresas, son más conocidas y han sido denunciadas, especialmente en EEUU. Desde los inicios de los años 60 en las audiencias del

CUADRO X

PRECIOS RELATIVOS AL POR MAYOR DEL LIBRIUM Y EL VALIUM
(EN DOLARES)

	Librium ¹	Valium ²	Precio del Librium ³	Precio del Valium ³
Reino Unido	0.83	0.63	100.0	100.0
República Federal de Alemania	4.38	5.35	527.7	849.2
Suiza	4.75	5.44	572.3	908.4
Estados Unidos	5.80	6.89	698.8	1 093.7
México	4.42	6.03	532.5	957.1

1. Por 100 cápsulas de 10 mg.

2. Por 100 tabletas de 5 mg.

3. En porcentajes del precio del Reino Unido.

FUENTE: Para países desarrollados, Business Week, 16 de junio de 1975.

Para México, investigaciones directas de mercado, julio de 1976.

Tomado de: Melazzi G. La acumulación de capital en la industria farmacéutica mexicana 1960-1975, UNAM - 1980.

Senado, la Comisión Kefauver (27), examinó numerosos casos de productos con nombres comerciales que se vendían a precios diez veces mayores que otros. Los defensores de la IF argumentan que la competencia de precios ha sido floreciente y eficaz en el mercado farmacéutico. En base a los datos sobre disminución de los precios de fármacos (especialmente de los antibióticos que han mostrado la reducción más drástica de precios entre todas las clases farmacéuticas), resulta tentador demostrar que la IF no puede ser acusada de poseer excesivo poder de mercado, en cuanto la competencia ha impactado claramente la política de precios.

Este es un argumento importante que, en caso de ser válido, tendría serias implicaciones tanto para las cuestiones aquí tratadas como para toda la gama de políticas de control de precios de los productos farmacéuticos adoptada por los gobiernos. Los argumentos esgrimidos por las empresas son infundados y los alegatos de sus defensores no son sostenibles. De hecho, los críticos nunca afirmaron que las grandes empresas farmacéuticas fueran monopolísticas en sentido absoluto, en lo que hace a ignorar cualquier competencia actual o potencial: ellas son claramente oligopólicas pero deben tomar en cuenta las reacciones de las empresas concurrentes en todos los asuntos, incluyendo el de los precios. Para el caso de los antibióticos, se probó en EEUU que la competencia en el mercado farmacéutico no elimina el notable poder de mercado de las grandes empresas (28). Estas están en condiciones de mantener una gran porción del mercado a pesar de fijar precios que resultan varias veces más elevados que los establecidos para productos idénticos por pequeñas empresas.

Consideremos otros ejemplos: en 1973 se vendían en Italia tran-

quilizantes de 7 empresas distintas a los de la Roche a precios 30% menos, y sin embargo no lograban una mayor participación en el mercado y la Roche continuaba manteniendo inalterada su posición (80%) (29).

El ejemplo de Gran Bretaña también resulta muy revelador, el National Health Service podía haber hecho su adquisición de tranquilizantes a laboratorios nacionales (Aldomet, Intal e Indocid) en productos con nombres genéricos por 18.5 millones de dólares, y sin embargo compró estos medicamentos a La Roche por 71.3 millones, 75% más.

Los precios de los medicamentos con marcas comerciales (independientemente de que esten o no protegidos por patentes) se establecen al nivel que el mercado soporta. Es evidente que los precios guardan muy poca relación con los costos de producción y el nivel medio de ganancia. Por otra parte, las grandes empresas determinan el nivel de los precios de los productos de marca comercial prologando los efectos monopólicos de la patente durante su vigencia y más allá de ella. Esto hace que las pequeñas empresas no pueden hacer frente a esta competencia ruinosa a pesar de ofrecer el mercado mejores precios en sus productos.

Fijación de precios

En México la Secretaría de Comercio (SECOM) es la que se encarga del control de precios y de las compras globales para el sector público. La consecuencia inmediata de ello es una reducción en el gasto en medicamentos de las instituciones de salud. Anteriormente cada entidad hacía su propia compra directamente a los laboratorios.

Desde el establecimiento del Cuadro Básico de medicamentos, la

fijación de precios se hace en base al costo unitario de cada producto, se tiene en cuenta entonces: 1) materias primas; 2) costo por proceso de producción; 3) materiales; 4) gastos de operación; 5) utilidad promedio del 15%. El costo unitario está integrado por estos items y no se considera dentro del precio los gastos de promoción y propaganda directa.

El control de precios de los medicamentos por parte de la SECOM se puede apreciar en las cifras comparativas de gastos en medicamentos por instituciones. Para los años 1970 y 1979 el IMSS pasó de 18.7 al 3.34%, el ISSSTE de 23.4 al 2.7% y la SSA de 9.65 a 1.55 (30).

Existe en México la fijación de precio máximos para los medicamento. Esto nos induciría a pensar que es el Estado quien esta fijando el precio máximo de venta en el mercado, y que los laboratorios no tienen capacidad de decisión al respecto.

El proceso de fijación de precios en el mercado se inicia con la presentación de la solicitud del laboratorio a la autoridad correspondiente. La presentación incluye los datos de costos, y se propone el precio al que se debería vender el medicamento. La autoridad tiene un plazo para contestar la solicitud, pasado el cual, de no haber respuesta, el precio queda fijado al nivel propuesto por el laboratorio. La SECOM determina los costos unitarios por costos de producción pero según la tecnología usada por cada empresa. Antes de decidir la autoridad estudia los costos presentados y se calculan los costos indirectos. Estos fueron objeto de una larga polémica, ya que los costos indirectos se refieren a costos de propaganda, administración y venta. En definitiva, se incrementa el costo de fábrica en 110% y 120% como

máximo por concepto de estos gastos, si el laboratorio declara costos menores. Este proceso permite un importante margen de ganancia aún descontando el 30% del precio aproximado del precio final que se gasta en promoción. En el caso de un nuevo producto se considera un costo especial: gastos de introducción (propaganda), se calcula la ganancia empresarial y por último la cifra alcanzada se incrementa en porcentaje preestablecido para contemplar los gastos y ganancias de distribuidores, mayoristas y minoristas (31).

En un análisis realizado por la Comisión Nacional Consultiva para el Desarrollo de la Industria Farmacéutica (hoy desaparecida) (32) se utilizó una muestra de 4000 medicamentos, agrupados por áreas terapéuticas, obteniéndose 48 grupos o familias de medicamentos. Dentro de cada área se consideraron los medicamentos que tuvieran el mismo principio activo, es decir se tomaron medicamentos que diferían sólo por su marca comercial. Se encontraron 1160 productos, entre los que hay una gran cantidad que se asemejan basicamente en su fórmula farmacéutica. Las diferencias que se observan entre ellas no podrían determinarse claramente si tienen base científica o meramente comercial. En el Cuadro Básico del Sector Salud, por ejemplo, sólo hay algunas formas y algunas presentaciones. De los productos analizados se encontró que existen 42 marcas diferentes para un mismo producto, es el caso de la ampicilina de base. El mismo producto, vendido en suspensión, presenta 34 marcas comerciales. Según el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, en 1981, la ampicilina presentaba 91 marcas comerciales y 191 presentaciones, lo cual demuestra que se está acentuando la tendencia hacia la diferenciación de productos.

El diazepam, en 1975 presentaba 15 marcas comerciales, y en 1981, 33. Este proceso de incremento del número de marcas comerciales y presentaciones indica una característica del mercado farmacéutico que es la constante tendencia a la diferenciación artificial de productos para ganar diferentes porciones del mercado.

Por otra parte se comprueba una enorme diferencia de precios de venta de los medicamentos al sector público y el cuadro XI podemos verificar un porcentaje de aumento que va de 157% en la dicitlomina hasta 871% en el diazepam . El argumento de los laboratorios es que la diferencia se debe a que al sector público se le vende a granel y que se evitan los gastos de promoción y propaganda. Este argumento lo único que justifica es el elevado margen de ganancias que obtienen los laboratorios.

Los elementos señalados sobre diferencias de precios, hacen evidente el hecho de que no es el gobierno quien fija los precios de los fármacos sino que la decisión es de los laboratorios. Estos cargan al precio la sobrefacturación en las materias primas y en el resto de su adquisición de capital constante, los gastos de promoción, los altos sueldos a los funcionarios, etc. Es así como la rigidez de la demanda y la capacidad de los laboratorios para fijar los precios de los medicamentos, permiten obtener la máxima valorización de su capital.

Comercio exterior de la IF mexicana

La balanza comercial de la IF nos indica que esta industria contribuye favorablemente en el déficit del comercio exterior del país. Pero en esta balanza se incluyen solamente las transacciones que se realizan con los medicamentos terminados, excluyendo las materias primas, las maquinarias y equipo. Las estadísticas sólo registran las importaciones de materias primas dentro de grupos muy diversos de fracción arancelaria, y lo mismo ocurre con las importaciones de equipo. Por esta limitación es necesario tener un panorama más ajustado a la realidad y se deben tomar las cifras de comercio exterior de las empresas. Tal vez por esta vía exista inexactitud en los datos del orden de los 3 o 4%, ya que las empresas realizan operaciones no destinadas a la fabricación de medicamentos (cosméticos, insecticidas, etc.), pero esto no modifica el posible análisis de la tendencia global en el comercio externo de las empresas. En base a una muestra de 114 laboratorios, que ocupan los primeros lugares de venta en el mercado mexicano, se los clasificó según su composición de capital (extranjero mayoritario o minoritario), y se consideraron las cifras de exportaciones e importaciones para 1974 y 1975. Así se llega a la conclusión de que en lugar de un saldo positivo de 139 millones en 1974, se observó un déficit de 1148 millones de pesos, que en 1975 pasa a 1115 millones, y en 1979 el déficit se mantuvo en 1065 millones (33).

El peso de los laboratorios en el déficit del comercio exterior es muy alto. Si se toman los 4 laboratorios que importan mayores cantidades (cuadro XII), se ve que en 1975 concentran el 36.4% de las im-

CUADRO XII
INDUSTRIA FARMACEUTICA MEXICANA
IMPORTACIONES EN 1 9 7 5 DE LOS CUATRO
LABORATORIOS CON MAYORES IMPORTACIONES

(miles de pesos) .

Nombre	Materias Primas				Maquinaria	Instrumentos	P.A.*	Otros	No. Esp.	Total
	F*	C*	V*	I*						
Roche, S. A. de C. V.	91,556	15	- -		1,013	- -	37,833	15	- - -	130 432
Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V.	128,937	4,445	1,621	39,858	3,060	39	25,369	1 201	- - -	204 530
Bayer, S. A.	6,712	564	- - -	101,387	1,923	1,189	22,676	861	- - -	135 312
Quimica Hoechst-de México, S. A.	40,879	7,033	4,315	3,132	6,193	123	21,292	407	- - -	83 354
TOTAL	268,084	12,067	5,936	144,377	12,189	1,351	107,150	2,484	133,614	687,242

* F = Farmacéuticas. C= Cosméticos V= Veterinarios I= Insecticidas, Fungicidas y Herbicidas. P. A. = Productos Adicionales.

FUENTE: Dirección General de Aduanas.
Departamento C. B. I.

CUADRO XII
INDUSTRIA FARMACEUTICA MEXICANA
IMPORTACIONES EN 1 9 7 5 DE LOS CUATRO
LABORATORIOS CON MAYORES IMPORTACIONES

(miles de pesos) .

Nombre	Materias Primas				Maquinaria	Instrumentos	P.A.*	Otros	No. Esp.	Total
	F*	C*	V*	I*						
Roche, S. A. de C. V.	91,556	15	- -		1,013	- -	37,833	15	- - -	130 432
Ciba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V.	128,937	4,445	1,621	39,858	3,060	39	25,369	1 201	- - -	204 530
Bayer, S. A.	6,712	564	- - -	101,387	1,923	1,189	22,676	861	- - -	135 312
Quimica Hoechst-de México, S. A.	40,879	7,033	4,315	3,132	6,193	123	21,292	407	- - -	83 354
TOTAL	268,084	12,067	5,936	144,377	12,189	1,351	107,150	2,484	133,614	687,242

* F = Farmacéuticas. C= Cosméticos V= Veterinarios I= Insecticidas, Fungicidas y Herbicidas. P. A. = Productos Adicionales.

FUENTE: Dirección General de Aduanas.
Departamento C. B. I.

portaciones. Por otra parte 5 laboratorios (Syntex, Searle, Diosynth, Steromex, Parquina) representan el 48.1% de las exportaciones en 1975, exclusivamente de productos hormonales (368 millones de pesos) (34).

Este panorama nos indica que el comercio exterior del sector no sólo es deficitario sino que también está concentrado en pocos laboratorios, que por otra parte son los que tienen mayor participación extranjera (35).

Importación de materia prima y mecanismos de facturación

Dentro de las importaciones del sector farmacéutico el peso de la importación de materias primas es muy significativo, poco más del 50%. Las sustancias activas que consume la IF mexicana se traen del exterior casi en un 50%. La mayor parte de las importaciones proviene de las matrices y filiales de las empresas de capital extranjero, los sobrepuestos de importaciones constituye el instrumento lógico de manipulación de ganancias.

Sin embargo, hace ya unos 20 años algunas empresas han comenzado en México a producir ciertas materias primas o principios activos. Se trata de medicamentos que en su mayoría han caducado las patentes, y que requieren una tecnología accesible de producción. Este es el caso de algunos antibióticos, vitaminas y vacunas, etc. Para los antibióticos, este proceso ha alcanzado la producción del 40% de los insumos. Se podría advertir aquí una cierta tendencia a la autosuficiencia, sin embargo estamos muy lejos de estas metas, la estructura oligopólica transnacionalizada del sector farmacéutico y la ausencia de decisión gubernamental no permiten la profundización de este proceso.

Por otra parte, es sólo en la producción de materias primas y principios activos donde se encuentra un verdadero proceso industrial: la elaboración del medicamento final es un mero mezclado de sustancias y empaque de tabletas, cápsulas e inyecciones. Se adquieren las materias primas y materiales a proveedores nacionales o extranjeros, la maquinaria y el equipo de producción y control de calidad se compran fundamentalmente a empresas extranjeras (incluidas las casas matrices). Excepcionalmente se realiza control de calidad de la materia prima con el fin de analizar si cumplen o no las especificaciones. Se mezclan los componentes de los medicamentos en tolvas o bateas, para unificar los ingredientes activos y el "vehículo", en las proporciones indicadas. Esta masa a granel pasa a las tabletadoras, granuladoras, llenadoras de frascos, etc., que les dan forma final de mercancía para salir al mercado. Estas características de la producción de medicamentos son comunes a cualquier industria maquiladora.

La importación de materias primas se realiza en gran medida entre las casas matrices y sus subsidiarias: esto permite una movilización de recursos financieros en función de intereses transnacionales, posibilitado por falta de control gubernamental.

El mecanismo más utilizado es el de la facturación por debajo o por encima de los precios reales vigentes en el mercado. Cuando se trata de una exportación se disminuye el precio, reduciendo las utilidades gravables en el país. Estas se destinan a otro país o con bajas tasas fiscales sobre las utilidades o a un país llamado "paraíso fiscal", donde las mercancías se pueden refacturar al precio que convenga. Con las importaciones se da el proceso inverso, lo que permite disminuir las utilidades en el país, transferir ingresos al exterior como

si fueran costos de insumos y elevar artificialmente los precios de los medicamentos. Este mecanismo de facturación se ve facilitado por que en el sector farmacéutico las características técnicas y la compleja nomenclatura de los productos importados, son muy difíciles de controlar por los auditores fiscales.

En un estudio de Naciones Unidas (36) sobre el caso mexicano, se mostró que se daban en 12 materias primas farmacéuticas sobrepuestos que fluctuaban entre 200 y 1300%.

Ahora bien, por otra parte se da en México el caso de la subfacturación en la exportación de materias primas. La exportación más importante del país es el barbasco y sus derivados inmediatos, que constituyen una fuente barata y generalizada para la fabricación de hormonas (37). Los principales laboratorios que exportan esta materia prima (cuadro XIII) lo hacen fundamentalmente a sus filiales y la subfacturación resulta un mecanismo muy efectivo de transferencia de recursos financieros de las filiales a las casas matrices.

Tecnología: proceso innovativo

ROCHE: "Ciencia y conciencia en investigación"

Uno de los puntos clave para el logro del control de cada empresa sobre las actividades de producción del conjunto de la IF, lo constituye el descubrimiento de nuevas aplicaciones terapéuticas de sustancias químicas o biológicas. La unidad empresarial necesita destinar parte de sus ganancias a actividades improductivas de investigación y desarrollo (I-D), las que después se incorporarán a las

CUADRO XIII

INDICADORES DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS POR SUBFACTURACION EN EL PRECIO DE EXPORTACION DE PRODUCTOS ESTEROIDALES

MATERIA PRIMA (Nombre Genérico)	LABS.	PRECIO CORRIENTES			% DE INCREMENTO		OBSERVACIONES
		De Export. \$/Año.	En EE. UU. \$	Nacional, \$	Inter/Exp.	Nac./Exp.	
Mestranol	Syntex	18 640./'75	39 250.00	31 250.00	111	68	
Etiril-estradiol	Syntex	11 250./'74	31 250.00	37 500.00	178	233	Exp. a su casa Matriz
Fosfato Disódico de Betametazona	Belsa	33 095./'72	328 130.00	—	891	-	A su filial ubicada en paraíso fiscal.
Espironolactona	Searle	5 195./'72 9 720./'75	— —	30 000.00 30 000.00	- -	477 209	Exp. a sus filiales
Propionato de Testosterona	Searle	1 800./'75	10 630.00	—	491	-	—
Progesterona	Searle Stetomex	3 000./'75 1 375./'73	6 250.00 6 250.00	— —	108 355	- -	— Exp. a su casa Matriz Ciba-Geigy, S. A.

FUENTE: Precio de exportación: Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de Industria y Comercio
Precios Nacionales y en E. U. A.: Investigación directa en 1975.

* Debido a que se trata de un producto con patente se estima que su precio en 1972 era superior o similar al existente para 1975.

Elaborado de: Productos Químicos Vegetales Mexicanos, (PROQUIVEMEX), informes anuales.

actividades productivas, y son el medio por el cual la empresa adquiere un mayor control sobre la producción sectorial. La I y D requiere un alto grado de especialización, esto sumado al tiempo de aprobación legal de nuevas sustancias médicas, conducen a la centralización de la innovación en las mayores empresas (95% de las cuales se ubican en EEUU, Europa Occidental, y Japón) y la consiguiente tendencia a la centralización del control sobre la producción del ramo (cuadro VIII).

Las principales empresas farmacéuticas invierten aproximadamente un 10% (e incluso más) de sus ingresos a la I y D (38). En EEUU los gastos en I y D representaban en los años 60 cerca de 50 millones de dólares, y en 1973 se elevaron a unos 800 millones, gasto concentrado en las firmas más grandes. Estas actividades de I y D absorben 7.6% de las ventas netas de la IF americana, y sólo la industria aeroespacial la supera (39).

Según un estudio sobre el comportamiento económico y no económico de las empresas americanas en México y Brasil, realizado por el Congreso de los EEUU en 1975, la proporción entre los gastos de tecnología importada (regalías y pagos por asistencia técnica) de la industria química farmacéutica y la I y D en México fue del orden de 6 a 1 tanto en 1966 como 1972. Sus gastos en publicidad e I y D fueron sin embargo de 8 a 1 en 1966 y de 10 a 1 en 1972. Estas cifras nos permite suponer que en los años 80 se mantiene la misma tendencia. El gasto en I y D de las empresas farmacéuticas establecidas en México que se investigaron fue de unos cuantos millones al año. Es muy probable que ese gasto se haya limitado al control de calidad.(40).

Syntex, S.A., fue el único caso en que la IF establecida en México desarrolló su propia capacidad de I y D. En 1977 figuró en el lugar

43 de la lista de las primeras 50 compañías farmacéuticas, con ventas de 217 millones de dólares. Como consecuencia de los descubrimientos de Syntex en el campo de los esteroides sintéticos al final de la década de los cuarenta, la compañía logró conquistar una posición prominente en el mercado internacional, a pesar de la fuerte competencia de las empresas americanas y europeas. En 1958, Syntex transfirió su matriz financiera a Panamá y su labor de I y D a California. Hoy esta compañía ocupa aún el tercer lugar entre las 30 primeras de la industria farmacéutica del país y el segundo en exportación de fármacos.

Consideremos en qué consiste el proceso innovativo. La IF comprende dos subsectores diferenciados entre sí: la producción de materias primas utilizadas para la elaboración del medicamento final y, la elaboración misma de este último. El primer sector es el químico-farmacéutico y el segundo el farmacéutico propiamente dicho. En el primer sector se elaboran los productos que no son consumidos directamente por los individuos, se trata de los insumos intermedios (como las materias primas) del proceso de elaboración de los medicamentos; en el segundo se produce el mezclado de las sustancias terapéuticas.

Un medicamento se compone básicamente de un principio activo. Este constituye la materia prima específica, el elemento que va a desarrollar las cualidades terapéuticas en el organismo del individuo receptor. Este elemento es aplicado, por lo general, en dosis muy pequeñas por lo que es necesario incrementar su volumen con alguna sustancia neutra, que haga fácil su administración o manipulación. Todos los elementos que acompañan al principio activo son llamados "vehículos" y determinan sólo las diferentes formas farmacéuticas en que se pueden

administrar el principio activo (tabletas, cápsulas, etc.). Para la obtención de diferentes productos activos se invierte en actividades de investigación básica. Pero, ¿cómo es que se produce tal cantidad de nuevos productos en lapsos relativamente cortos? En general los avances tecnológicos se refieren por una parte al descubrimiento de nuevos productos y por otra al aumento de la productividad en el proceso productivo. El lanzamiento de nuevos productos, en países como México, tienen que ver con nuevas presentaciones de los productos ya existentes, nuevas combinaciones o productos ligeramente modificados (los productos "me-too"). Los nuevos productos que contienen una sustancia activa significativamente distinta son relativamente escasos y su presentación se encuentra en declive en los últimos años. Este declive, su extrema diversidad, la elevada concentración de la producción, y la situación de rápido crecimiento en las últimas décadas, muestran la existencia de fuertes rentas monopólicas y la consiguiente. Estas no provienen de la introducción de mejoras tecnológicas en el proceso productivo y la consiguiente disminución de costos de producción, sino sobre todo de restricciones a la competencia. Sin embargo, las empresas están obligadas a enormes gastos en la comercialización en el afán de mantener la posición de ventajas en el mercado. Este poder oligopólico de las grandes corporaciones no surge tanto de la I y D como de su poder de comercialización. El proceso innovativo se convierte así en un elemento más de la estrategia de ventas de la IF.

La tecnología ha sido uno de los pivotes en torno al cual gira la expansión y prosperidad de las empresas farmacéuticas. Las revolucionarias tecnologías para desarrollar nuevos fármacos hicieron posible el advenimiento de las "drogas maravillosas" en una escala masiva

desde la segunda mitad de los años treinta, que unidas al incremento de la demanda, permitieron el rápido desarrollo de la IF. Este proceso expansivo de la industria así como su transformación en una industria de I y D se enmarca en la búsqueda de ganancia y en el acelerado proceso de acumulación de capital.

Patentes y Marca Registrada

Las innovaciones se pueden dar en dos ámbitos: en el producto y en el proceso productivo. Es en el producto donde la tecnología es fácil de imitar. Una vez producido un nuevo fármaco, es relativamente sencillo copiar su fórmula y modificarla mínimamente para lanzar un "nuevo" medicamento al mercado. Por esta razón la IF fue una de las industrias que más énfasis puso en la protección de las innovaciones, para ello recurrió a las legislaciones nacionales e internacionales de patentes y a los convenios internacionales de adquisición y venta de tecnología. Las patentes son una importante fuente de poder de mercado no sólo porque impiden que otra compañía rival pueda obtener ventajas de una innovación, sino también porque pueden utilizarlas para monopolizar importaciones e impedir su producción local en países en donde la empresa que posee la patente no desee hacerlo (41). Las patentes actúan como fuertes barreras a la entrada de competidores al mercado y las empresas se ven obligadas entonces a fuertes gastos y esfuerzos en la copia de productos y en malabarismos legales para evitar la patente.

En México entre el 85 y 90% de las patentes farmacéuticas están en manos de compañías extranjeras. En 1976 se tomaron medidas tendien-

tes a evitar el poder monopólico que otorgan las patentes a las grandes empresas extranjeras, mediante la ley de Invenciones y Marcas que admite sólo los certificados de invención en el sector farmacéutico. Estos certificados aseguran a la empresa propietaria, pago justo cuando otra competidora pretenda usar su patente, pero no protege la posición monopólica de la empresa. En el caso de la IF esta ley tiene un alcance muy limitado ya que la mayoría de los medicamentos son anteriores a 1976. Sus efectos se podrán medir solamente dentro de 20 años, / ^{puesto} que este es el periodo de las patentes expedidas a principio de 1976 (42').

Sin embargo el sistema de patente no ha logrado constituirse en un instrumento estable para defender el poder de mercado de las empresas. El auge de la innovación farmacéutica tuvo lugar en los años 50, y el plazo de vigencia de muchas patentes está venciendo; actualmente la producción de las dos terceras partes de los medicamentos en uso ya no está restringida por patentes (43). El refuerzo del sistema de patentes es el de la "trade mark", marca registrada, ya que esta mantiene su vigencia a perpetuidad y puede ser otorgada a cualquier producto, natural o sintético con o sin protección de patente.

Tanto la patente como la marca registrada contribuyen al mantenimiento de posiciones oligopólicas, y se derivan de ambos sistemas numerosas ventajas. La licitación de la patente o marca registrada a sus filiales en países como México, por ejemplo, permite una elevada transferencia de ganancias de las filiales a la casa matriz, mientras que la licitación a terceros significa una importante fuente de ingresos. Los contratos de adquisiciones de tecnología se refieren más a las acti-

vidades de comercialización, patentes y marcas que a la venta de conocimientos técnicos de producción (cuadro XIV). Estos contratos dieron lugar en México a rentas monopólicas de diverso origen: tasas de regalías elevadas, y cláusulas restrictivas que condicionan el uso de la tecnología comprada (adquisición obligatoria de medios de producción e insumos, fijación de un volumen máximo de producción, restricciones en el comercio exterior, etc.).

Las casas matrices venden a sus filiales la tecnología requerida para toda su producción en un sólo paquete, y con cláusulas restrictivas más estrictas; mientras que las empresas nacionales se ven obligadas a comprar la tecnología en forma dispersa y con insuficiente información de la oferta. La escasa o nula información tecnológica en los países importadores, y las características altamente monopólicas con que se comercializa a nivel internacional, coloca a los productores locales en una gran desventaja para competir con las corporaciones extranjeras en la producción de bienes tecnológicamente intensivos. Las subsidiarias extranjeras reciben un flujo constante de innovaciones que no implican costos adicionales para las compañías en su conjunto; pero las firmas locales no sólo deben pagar por las licencias sino someterse a las restricciones que traban la provisión de insumos y el acceso a mercados donde se venden los productos a menos que el gobierno sea capaz de ayudarlas, interfiriendo activamente en el proceso.

CUADRO XV

ITEMS TRATADOS EN LOS CONTRATOS DE TECNOLOGIA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

	utiliza- ción de la marca	utiliza- ción de la paten- te	conoci- mientos técnicos	asisten- cia téc- nica	intenie- ría bá- sica	servicios adminis- trativos
México	65.5%	20.6%	63.9%	17.5%	2.1%	4.1%

Fuentes: México: Secretaría de Patrimonio y Fomento Industrial, Subdirección de Transferencia de Tecnología. Los porcentajes son basados en el total de los contratos de tecnología vigentes en 1979 y celebrados por las 28 mayores empresas farmacéuticas con planta de producción.

Tomado de: HUIshof, José: op. cit.

Diferenciación de productos y gastos promocionales

"La investigación médica es costosa pero la salud de la población vale más."

Anuncio radiofónico de la Cámara de la Industria Farmacéutica.

La diferenciación de productos y los gastos en comercialización son dos indicadores de poder de mercado: en una industria de productos homogéneos las grandes empresas no podrían crearse situaciones de privilegio mediante la diferenciación de marcas y la promoción publicitaria.

Desde sus orígenes la IF mostró un grado de diversificación relativamente alto, sin embargo este proceso se perfila de manera definida recién a partir de los años 50. Las elevadas tasas de rentabilidad del sector, se apoyan en este proceso incentivando el ingreso de capitales, en especial de aquellos con intereses en las industrias tecnológicamente relacionadas (principalmente química y cosmética). Esto se dió vía la creación de unidades productivas y la adquisición y ampliación de las existentes simultáneamente al desarrollo de nuevos productos. La intensificación de la concurrencia que se derivó del ingreso de capitales y el afán de evitar una competencia ruinosa por la vía de los precios (los que fueron fijados como precios monopólicos) impulsaron a las empresas a buscar una mayor diversificación horizontal de su producción.

El número de productos, en los que se basa el grueso de ventas de cada empresa es reducido y éstos se vuelven rápidamente obsoletos dado que el periodo en el que generan altas ganancias se limita por

lo general a cinco años aproximadamente. Esto da lugar a un proceso de lanzamiento constante de productos similares a los de sus competidores donde lo que varía a veces no es el componente activo sino el "vehículo", se procuran así segmentos monopólicos del mercado.

La tendencia, a mediano plazo, a la integración vertical y horizontal de la producción impulsó la estructura concentrada del sector y favoreció a las empresas monopólicas ya existentes, a través de crecientes conglomeraciones en base a la adquisición de empresas y convenios temporales; se garantiza por esta vía el abastecimiento de insumos y se llega a una coordinación en ciertas actividades innovativas, además de lograr un óptimo aprovechamiento del sistema de patentes. Así se financiaron los crecientes costos de la I y D tendientes a la diversificación horizontal.

La marca comercial es el sustento material de la diversificación de productos, y de la comercialización de las mercancías. Permite la identificación del producto diferenciado y acentúa el poder de mercado que se origina en este proceso. El uso de la marca comercial es un elocuente indicador de la situación de dependencia en la que se encuentra la industria en México. Como se puede ver en el cuadro XIV, la utilización de marcas y patentes es uno de los items de mayor importancia en los contratos de tecnología de la IF: representan el 65 y 20% respectivamente, en el año 1979.

Los patrones de prescripción están directamente influidos cuando no determinados por la política de diferenciación de productos y la feroz publicidad que despliega la industria en su carrera de expansión y de incremento constante de la rentabilidad. El enorme gasto en in-

investigación y publicidad que se deriva de este proceso conduce a una grave deformación en la información que distribuye la industria y que sustenta la prescripción y consumo de fármacos. En las sociedades capitalistas la publicidad, en este caso de medicamentos, induce a un aumento del consumo, pero lo que es más grave aún, deforma también las prácticas prescriptivas.

El proceso de diferenciación de productos se manifiesta claramente en el número de medicamentos y presentación^{es} que alcanza incluso a medicinas de propiedades idénticas. En EEUU se venden 700 fármacos bajo cerca de 35000 denominaciones, esta situación es bastante similar en todos los países donde las compañías farmacéuticas actúan libremente (44). En México la diferenciación de productos ha alcanzado según la Secretaría de Comercio a 22000 fármacos en el mercado aún cuando el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (DEF) sólo cuenta con 16000 (45). El ejemplo de los antibióticos es un indicador interesante que revela la deformación a que conduce el proceso de diferenciación de productos. El número de fármacos en el mercado de los antiinfecciosos es de 2178 (1596 según el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas), si tenemos en cuenta la dosificación y los diversos tamaños. La diferenciación es aún mayor en aquellos antibióticos producidos en el país como la ampicilina, la penicilina, el cloramfenicol, y la tetraciclina (46).

Además una gran cantidad de medicamentos en el mercado (autorizados) son polifármacos con 2, 3 y hasta 5 compuestos activos. Es muy dudosa la efectividad de varios componentes activos actuando juntos en el organismo humano y no hay fundamentación científica (farmacodi-

námica y farmacocinética) que la sustente (47).

La rápida tasa de innovación, vinculada a la creciente diversificación, refleja la necesidad de la IF de dedicar una parte elevada de sus costos a actividades improductivas, que como la I y D, son de crucial importancia para mantener o mejorar su posición de mercado. Gran parte de los gastos de I y D se destinan en realidad a la promoción y ventas, ya que están dirigidas a la creación de productos imitativos. Los gastos que se orientan hacia la generación de demanda, representan aproximadamente el 20% de los costos de producción; en EEUU estos gastos resultan de tres a cuatro veces más altos que los gastos de I y D, casi un tercio del valor de las ventas.

En países donde la mayor parte del consumo es financiado por el Estado, como Gran Bretaña, esta proporción tiende a ubicarse por debajo del 15%; mientras en aquellos países donde el consumo es financiado por particulares el porcentaje es más elevado: Argentina 26%, Suiza 20%, Francia, Holanda y Alemania Federal 22% (48). En México, en una muestra de 14 empresas se comprobó que el 27% sobre las ventas se destinan a las actividades de promoción, destacándose especialmente los gastos en visitadores médicos (49).

El papel que juega la comercialización al generar y mantener las posiciones monopólicas es tan importante como la I y D. Es una característica del oligopolio de los productos de consumo, el que la competencia se concentre en la diferenciación de productos y en la introducción de nuevos productos más que en la concurrencia en los precios. En la IF esta tendencia se refuerza por la separación entre el comprador (el paciente o cualquier ente público o privado que pague por él) y el que tiene el poder de decisión, el médico. Dada esta situación,

la IF lanza continuamente nuevos fármacos al mercado acompañada de una intensa promoción comercial cuyo éxito depende de la capacidad para convencer al médico de la superioridad terapéutica del nuevo medicamento. El precio del nuevo producto no es utilizado como apoyo de las campañas publicitarias ya que al médico no le interesa "economizar" en el sentido normal de la palabra, como cualquier consumidor.

Entre las funciones innovativas y la comercialización existe una estrecha y sustancial relación. La diferenciación de productos requiere de un poderoso sistema promocional para obtener éxito comercial y la extensa red de comercialización requiere una constante producción de nuevos productos para alimentarla.

Debido a esta dinámica entre la comercialización y la diferenciación de productos el médico dispone de pocas fuentes de información objetivas sobre la eficacia del medicamento, sobre la posibilidad de comparación de precios y calidad. Por otra parte la información objetiva existente no iguala la masa de información y la eficiencia de la publicidad de la IF.

Cuando la innovación queda reducida a la imitación y la información sobre la terapia se somete a la enérgica iniciativa comercial de la IF, la competencia queda anulada por la preferencia por la marca comercial.

En 1960, se gastaron en México mil millones de pesos en promoción y en actividades de comercialización; esta cifra aumentó casi un 80% en el decenio 1965-1975. Se puede calcular un costo aproximado de propaganda por médico para 1965 de 30000 pesos (suponiendo que todos los médicos estuvieran ejerciendo) (50). El médico parece convertirse, en manos de la propaganda de los laboratorios, en un instrumento sin au-

tonomía en sus opciones prescriptivas.

La extrema diversidad, la multiplicidad y la promoción de productos farmacéuticos como tales, han sido impulsadas por los criterios capitalistas de eficiencia económica; implican, para el conjunto de las sociedad, un despilfarro de recursos y suscitan confusión en cuanto a las características de los diversos fármacos. Esto último, posibilita a su vez una gran receptividad del médico y del consumidor final a la propaganda de las empresas que dificultan una selección de medicamentos fundada en criterios científicos y sociales de calidad y eficiencia.

NOTAS CAPITULO II

(1) Patel, Mahesh. "Los costos de los medicamentos en los países en desarrollo y las políticas para disminuirlos", Comercio Exterior, vol. 34, Nº 6, México, junio 1984, p. 504.

(2) Lall, Sanjaya. "La industria farmacéutica internacional y los países subdesarrollados" en Foro sobre empresas multinacionales y transferencia de tecnología, en el ramo de la industria químico-farmacéutica. División de ciencias biológicas y de la salud, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1980. pp. 185-228.

(3) Según la Secretaría de Industria y Comercio, el número de establecimientos mayormente comerciales era de 50 en 1930; 73 en 1935; 77 en 1940 y 170 en 1945; 311 en 1950; y 469 en 1955. En 1930 la producción a precios corrientes era de 3 millones y ascendió a 23.5 millones en 1955. Ver Crevenna, Pedro y otros, op. cit.

(4) Menéndez, Eduardo. Poder, estratificación y salud. México, Casa Chata, 1981.

(5) De María y Campos, M. "La industria farmacéutica en México", Comercio Exterior, vol. 27, Nº 8, México, agosto 1977, pp. 888-912.

(6) Fajnzylber, Fernando; Trinidad Martínez. Las empresas transnacionales: expansión a nivel mundial y su proyección en la industria mexicana. México, FCE, 1976, p. 251.

(7) Se pueden advertir sin embargo diferencias entre los países donde se encuentran las casas matrices de los grandes oligopolios. Con excepción de Suiza, Alemania, Noruega, cuyos mercados tienen una participación extranjera de entre 25 y 35% en términos de ventas, los otros países de Europa Occidental muestran porcentajes de participaci-

pación extranjera que van de 45% para Francia a 90% para Bélgica y Países Bajos. Aun el caso de Gran Bretaña, tercer país exportador de productos farmacéuticos del mundo, está cubierto en 73% por empresas extranjeras. UNCTAD, Estudio monográfico de la industria farmacéutica Ginebra, 1975, p. 19.

(8) Datos de la Secretaría de Patrimonio y Fomento industrial.

(9) Sólo 378 de ellas sobrepasaron los 50 millones de dólares de ventas en 1970, y La Roche, que es la mayor del sector, facturó 840 millones de dólares). Lall, Sanjaya. Imprese multinazionali e concentrazione a livello internazionale: el caso dell'industria farmacéutica, en La Concentrazione industriale. Coordinador Giulio Guerini. Milán, Franco Agnelli, 1979.

(10) Molina, Raul. La industria farmacéutica en México. México, CIIS, 1984.

(11) Fanjzylbel y Martinez. op. cit. p. 325.

(12) Soria, Victor. "Estructura y comportamiento de la industria farmacéutica en México". Revista Iztapalapa. Nº2. México, enero-junio, 1980, i

(13) Blair, J. M. Economic concentration: structures, behaviour, & Public Policy. Los Angeles, Univ. of California Press, 1979, p. 21.

En los países de la OCDE, 4000 a 5000 productores farmacéuticos, realizaron ventas totales por 16 mil millones de dólares en 1971. Los 20 más importantes de entre ellos son compañías enteramente multinacionales que poseen unidades de producción y de comercialización en la mayoría de los países incluyendo los países en vías de desarrollo y centros de investigación que comunican una red mundial." Levinson, Charles. Les Trusts du médicament. París, Seuil, 1974, p. 17.

(14) "De acuerdo con la European Chemical News, las empresas químicas y farmacéuticas hicieron 40 adquisiciones entre junio de 1976 y septiembre de 1978. La mayor compra fue la de Laboratorios Miles por Bayer, en 254 millones de libras" The Economic Survey, The Economist, Londres, 7 de abril de 1979, p. 14.

(15) Lall, Sanjaya. op. cit.

(16) De María y Campos, M. op. cit. p. 889.

Estas cifras muestran claramente el proceso de oligopolización. En 1970 el 12.5% de los establecimientos con activos de 10 millones de pesos o más, tenían en su poder el 67% del capital privado neto; generaban el 62% del valor bruto de la producción y absorbían el 52.3% del personal ocupado. Para 1975, el 7.6% de los establecimientos poseían el 54.2% de los activos; generaban el 48.9% del valor agregado censal bruto, y daban ocupación al 38.4% del total ocupado en el sector. Dirección General de Estadística (DGE), Censos Industriales de 1970 y 1975.

(17) UNCTAD, "Major Issues in Transfer of Technology to Developing countries." TD/B/C/6/4/, 1975, p. 28. Citado por Joséé Hulshof en Economía política del sistema de salud. México, ILET, 1981.

(18) WBS Cahiers: "Einst op Recept", Holanda, Kluwer, 1977. p. 50. Citado J. Hulshof, op. cit.

(19) Friederich, Hehn, "Neunmal teurer als Gold, Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik, aus der Arbeit der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler", Elorro, Hamburg, Alemania, 1977. Citado por Hulshof, J. op. cit.

(20) Katz, Jorge. Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. Buenos Aires, Siglo XXI, 1974.

(21) International Marketing Service: Mercado Farmacéutico Mexicano, Febrero, 1978.

(22) Lall, Sanjaya. "La industria farmacéutica..." op. cit. p. 188.

(23) De María y Campos, M. op. cit.

(24) International Marketing Service, IMS.

(25) De María y Campos, M. op. cit.

(26) Gereffi, g. "The Global pharmaceutical industry and its impact en third world countries". Mimeo, Duke University, 1980.

(27) Kefauver, E. In a few hands: Monopoly power in America, Harmondsworth, Penguin, 1966. Citado por Sanjaya Lall. Imprese multinazionale op. cit.

(28) Ibid. p. 130.

(29) Ibid.

(30) Crevenna, Pedro y otros. op. cit. p. 221.

(31) Utilizaremos en este apartado la información que maneja G. Melazzi en su tesis de maestría, La acumulación de capital en la industria farmaceutica, 1960-1975. México, UNAM, 1980.

Los datos se basan en los estudios de la Comisión Nacional Consultiva para el Desarrollo de la Industria Farmacéutica (hoy desaparecida) ; dependiente inicialmente de la Secretaría de Industria y Comercio, luego Secretaría de Patrimonio y Fomento Industrial.

(32) Ibid.

(33) Melazzi, G. op. cit. p. 62.

(34) Ibid.

(35) La principal empresa farmacéutica importadora es Ciba-Geigy Mexicana S.A. que representó en el periodo 1970-1975, 15.2% de las importaciones de las 40 empresas más importantes del sector, seguida por

Bayer de México, S.A. (División Farmacéutica), con 8.7%, Hoechst con 7.9% y La Roche con 7.8% (en conjunto, 39.6%) del total. En cambio ocuparon los lugares 18, 14, 9, y 28, respectivamente, en términos de exportaciones. Entre las cuatro representaron solo el 45% de las exportaciones de las 40 primeras empresas.

(36) De María y Campos, M. op. cit. p. 901.

(37) Gereffi, G. "Los oligopolios internacionales, el Estado y el desarrollo industrial en México: el caso de la industria de hormonas esteroides". En Fajnzylber, F. (comp.) Industrialización e internacionalización e America Latia, Lecturas de El Trimestr Económico, N°34, México, FCE, 1981, pp. 353-416.

Gerffi, G. Industria farmacéutica y dependencia en el Tercer Mundo. México, FCE, 1986.

(38) Compañías como La Roche dedica un presupuesto más elevado si bien es difícil obtener la información precisa.

(39) Lall, Sanjaya. "La industria farmacéutica ..." op. cit.

(40) Wionczek, Miguel. "Investigación y desarrollo de productos farmacéuticos en México" Comercio Exterior, vol. 34, N°6, México, junio 1984, p. 522.

(41) Lall, Sanjaya. "Dependencia tecnológica

(42) De María y Campos, M. op. cit. p. 897. Wionczek, M. op. cit. p. 521.

(43) Chudnovski, D. Empresas multinacionales y ganancias monopólicas en una economía latinoamericana. México, Siglo XXI, 1974, pp. 127 y sgts.

(44) Lall, Sanjaya. "Dependencia tecnológica..." op. cit. 234.

(45) Crevenna, Pedro y otros. op. cit.

(46) Ibid.

(47) "El procedimiento de registro y autorización no asegura la eficiencia terapéutica del producto ya que los requisitos para obtener el registro consisten en la presentación de todas las pruebas físico-

químicas, los métodos de análisis empleados y algunos datos clínicosj sobre propiedades curativas. Sin embargo no se proporcionan información sobre biodisponibilidad..." Crevenna, Pedro y otros. op. cit.

p. 229.

(48) Katz, J. op. cit. p. 38; Silverman, M. The Drugging of the Americas, Berkeley, Univ. of California Press, 1976; De Maria y Campos, M. op. cit. p. 901.

(49) De María y Campos, op. cit.

(50) Crevenna, Pedro y otros. op. cit. p. 93.

CAPITULO III

LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

El incremento del consumo de fármacos con sus consecuentes secuelas de aumento del gasto en salud y la iatrogenia medicamentosa, constituye un hecho característico de las sociedades capitalistas.

Los determinantes de la producción, de la prescripción y del consumo de medicamentos manifiestan un complejo juego de causalidades. Podríamos comenzar por plantear varios interrogantes: ¿el médico prescribe por necesidad terapéutica en el 100% de los casos? ¿sufre la presión del enfermo? ¿su conducta está influida por la publicidad del laboratorio, los visitadores médicos, etc.? Planteados los interrogantes de esta forma, estamos suponiendo que la conducta prescriptiva del médico responde linealmente a ciertas causas que se pueden aislar del resto del sistema.

Si complejizamos esta visión se puede considerar la conducta prescriptiva como un elemento de equilibrio general del sistema y sus determinaciones se vuelven una apretada malla de interrelaciones entre la lógica de producción de fármacos, la formación y práctica médica, la actitud del enfermo frente a su propia enfermedad, etc.

El médico establece una relación con los laboratorios a través de visitadores médicos, revistas, y publicaciones "científicas" auspiciadas por la propia IF, congresos nacionales e internacionales, etc.; y dentro del espacio de la consulta, la relación asimétrica y de autoridad con su paciente se apoya en el secreto del conocimiento científico. Su práctica profesional se sustenta en una terapia medicamentosa que ahorra el tiempo de consulta, simplifica

o permite la ausencia de diagnóstico clínico, y finalmente responde a la necesidad de eficiencia del médico y del enfermo, en la resolución rápida de la enfermedad.

El lugar de preferencia que ocupa la farmacoterapia en la práctica médica, se relaciona con el mito del bienestar y del progreso de nuestras sociedades industrializadas (centrales o dependientes). La primacía que adquiere en ellas el consumo crea la ilusión de lograr el bienestar individual y colectivo. La subordinación ante lo "científico" y la "técnica", la normalización y homogeneización hacia la que tiende el estilo de consumo, se logra a través de la manipulación de los medios de comunicación de masas. Podríamos desgajar los elementos que constituyen los pilares de la sociedad capitalista y de su cultura, hasta llegar a los determinantes de la conducta prescriptiva. La tarea no es sencilla y en estas páginas, sólo intentaremos un análisis de sus aspectos fundamentales.

La sociedad espera del médico que ante la enfermedad haga lo posible por su recuperación, lo cual implica de alguna manera la rápida reincorporación del paciente a la producción. La prescripción de medicamentos, como terapia de preferencia, es el resultado final de un proceso de diagnóstico y decisión, además de un indicador de actitudes y expectativas de la comunidad médica como complejo punto de contacto entre las estructuras de salud, los pacientes y la IF.

Si proyectamos esta situación a nivel mundial, llegaríamos a distorsiones tales como que en 1981 el gasto global en medicamentos fue de más de 76 mil millones de dólares. Esta cifra equivalía a la compra de la mitad de la producción mundial de arroz, trigo y maíz de ese año; y la iatrogenia medicamentosa provoca 130 000 muertes anuales en

EEUU por reacciones adversas producidas por drogas, y si el 60% de dichas drogas podían no haber sido recetadas, 78000 muertes anuales serían innecesarias y estarían causadas en parte por la sobrepromoción de la IF.

Tomando como base el proceso salud-enfermedad de la población mexicana, las características generales del MMH esbozados en el capítulo I, y la descripción y análisis de la lógica de producción imperante en el sector farmacéutico, penetramos en el ámbito más específico de la práctica médica: la formación y la relación del médico con la IF; las características de mercancía del medicamento y los mitos que manipula la industria en su estrategia comercial; la conducta prescriptiva del médico como instrumento preferencial del tratamiento y el eje en torno al cual gira la relación médico-paciente. Finalmente consideraremos algunos aspectos generales del patrón prescriptivo que se deriva de los anteriores elementos.

La industria farmacéutica y la formación del médico

"Para que el cuerpo productivo se construya es necesario que el cuerpo biológico se fragmente..."

Deleule y Guéry, El cuerpo productivo

"En amigdalitis/faringitis/otitis media... Lincocin penetra y actúa..."

En la formación del médico -tal y como se da en las facultades de medicina de nuestro país donde se sigue básicamente el modelo americano (2)- el individuo aislado de la colectividad se convierte en el foco de interés de la investigación científica. Y son los niveles más parcelados del hombre (los órganos, las células) los que se vuelven el centro de la investigación. Como ya hemos observado en el capítulo I, y retomando algunos conceptos allí planteados, vemos cómo el aisla-

miento de la enfermedad del medio social y material que la determina, tendiendo por una parte a centrar las acciones médicas en la cura más que en la prevención, y por otra más en el individuo que en la colectividad. Esta concepción subyacente del proceso salud-enfermedad se apoya en la comprensión del cuerpo humano como una máquina y sustenta la conducta prescriptiva medicamentosa del médico. "La teoría del viviente-máquina tiene un alcance mucho mayor que la aparente reducción del ser vivo a la máquina... Esto es lo que hace inevitable el pensar que el fin inscrito en la ordenación de los engranajes que componen la máquina tiene su origen en un plan extraño de funcionamiento de la máquina."

(3). Esta concepción resulta coherente con la conducta instrumentalista del diagnóstico y del tratamiento farmacocentrado del médico. El cuerpo se presenta así como un objeto fraccionable y es posible curarlo o tratarlo parcialmente con medicamentos sin afectar o modificar necesariamente la totalidad de la estructura corporal. "Para que el cuerpo productivo se construya es necesario que el cuerpo biológico se fragmente, que la unidad perdida de éste sólo pueda volver a encontrarse en una aprehensión epistémica que no excluya la parcialización de tareas; es necesario que el acto productivo se haya retirado del cuerpo propio, del trabajo vivo, para refugiarse exclusivamente en su condición de órganos de una función[...], en el cual un fragmento del cuerpo se oculta en el cuerpo entero." (4).

Si la causa de la enfermedad, en este cuerpo fragmentado, se ubica en determinados niveles del organismo, se trata entonces de curarla más que de impedir que se presente. El tratamiento curativo está dirigido al individuo biológico o a una parte de él, abstrayendolo de su definición social.

Es entonces, dentro de esta perspectiva que la farmacoterapia,

como recurso privilegiado, resulta una consecuencia casi lógica. Sin embargo, en el curriculum médico el estudio de la farmacología ocupa un lugar de relativa poca importancia y paradójicamente la difusión y conocimiento de los medicamentos queda en manos de la promoción y publicidad de la IF.

En la mayoría de las escuelas de medicina, la farmacología se estudia después de los cursos de bioquímica y fisiología y cuando el estudiante conoce ya los procesos patológicos generales (5). La enseñanza de la farmacología en la Universidad Autónoma de México, se ubica en el tercer semestre de la carrera dentro del área denominada "ciencias básicas", y su estudio está integrado a la clínica, manteniéndola separada de los cursos de terapéutica (6).

"Nuestra política en América Latina es la de informar con datos científicos. La fuente principal de información de los médicos que prescriben, son los visitantes médicos que informan sobre los usos adecuados y seguros de nuestros productos"

El vicepresidente y director médico de una de las principales empresas farmacéuticas en EEUU.

La lógica de la producción de medicamentos lleva a una dinámica económica que determina una proliferación de productos, de tal magnitud, que al profesional le resulta casi imposible la memorización y conocimiento adecuado. Por otra parte los cambios en la práctica médica suelen preceder a las modificaciones en la educación de la medicina. La rapidez en la aparición de nuevas drogas, combinaciones y presentaciones es mayor que la modificación de la enseñanza de la farmacología y la terapéutica. Aquí se manifiesta claramente el desfase entre la formación que recibe el médico y la práctica profesional.

"Actualmente el profesional se encuentra obligado a escoger entre la infinidad de productos sobre los que se hacen llamados competitivos y no sólo se encuentran sin preparación para emitir juicios correctos, sino perdidos acerca de dónde encontrar información libre de riesgos. Es deplorable que mucho de lo que estudiante y el profesional aprenden, proviene de firmas farmacéuticas que están promoviendo sus propios productos" (7).

Esa información no se encuentra en las farmacopeas, ni en los formularios nacionales ni en los textos de farmacología o terapéutica. Los laboratorios son el canal por el cual el médico accede a los nuevos descubrimientos terapéuticos, fundamentales para el ejercicio de su profesión. La imagen social del buen médico es la de un prescriptor eficaz y hábil en el manejo de una técnica en constante evolución. Ahora bien, esta técnica la poseen los laboratorios y son los que la hacen avanzar, informan al médico sobre los nuevos descubrimientos a través de diferentes medios promocionales, y en definitiva le ofrecen una especie de formación post-universitaria. Pero el médico al no tener / ^{una preparación} sólida en el terreno de la farmacología y la química, conoce sólo las manifestaciones de esa técnica bajo la forma de productos ya elaborados, los medicamentos.

En una reciente publicación Laporte y colaboradores identificaron cuatro factores con definida influencia sobre la baja calidad del consumo de productos farmacéuticos en España, a saber (8): la estructuración e inadecuación de la atención primaria; la oferta farmacéutica, es decir, los medicamentos registrados; el subdesarrollo de la farmacología clínica y por último el escaso nivel de la información referida a los medicamentos disponibles por los médicos. De todas las varia-

bles antedichas, la última de ellas es la que ahora nos interesa destacar, por que es la que tiene relación directa con las actividades de la IF.

La mayor parte de los gastos de promoción y la información que se difunde no está dirigida a lograr un impacto directo sobre el consumidor final. Existe una separación entre el consumidor y quien elige el producto a adquirir. La selección del medicamento es determinada por los médicos, y es fundamentalmente a éstos a quienes se destina la información que busca convencer de la superioridad terapéutica de la nueva creación farmacéutica. Para ello se utiliza casi el 90% del presupuesto declarado netamente como gasto de promoción, a través de visitantes médicos (por encima del 45% del presupuesto de promoción), publicidad y revistas profesionales, literatura enviada por correo, muestras gratis del producto, congresos, seminarios y todo tipo de "regalos". Estos mecanismos de publicidad de medicamentos contribuyen a explicar los determinantes de la demanda y prescripción de fármacos.

El médico decide qué producto se debe utilizar y el paciente o la institución pública o privada es quien realiza el gasto. Las empresas farmacéuticas que tienen más capacidad económica imponen en el mercado los productos que ellas fabrican, a despecho de la existencia de otros equivalentes, con iguales atributos de calidad y biodisponibilidad y hasta de menor precio. La desinformación en cuanto a los costos relativos de las especialidades médicas se traduce en la tendencia a prescribir los productos más publicitados, aunque ellos sean por lo general los más caros. Todo esto puede resumirse en los siguientes términos: la casi totalidad de los médicos, aún de aquellos que registran más antigüedad en la actividad profesional, desconocen el

valor económico de los medicamentos. Como ha señalado Rawlings: "los fabricantes promocionan activamente su venta (de los productos de marca) a nivel de la profesión médica, y los médicos acaban por familiarizarse con sus nombres. El hábito, la facilidad de pronunciación y la constante presión publicitaria de la industria son otros tantos factores que favorecen la costumbre de recetar productos por su nombre registrado..." (9).

Los medicamentos pueden presentarse, entonces, bajo denominación genérica o comercial, pero los grandes beneficios que obtienen las empresas se derivan de la venta de la marca comercial. La IF debe convencer entonces al médico que recete sus marcas, asegurándose así un gran poder de mercado a partir de fuertes gastos en promoción (10).

La publicidad que distribuye la IF a través de visitadores, revistas, folletos, etc., es casi la única fuente de información que tienen los médicos. La promoción de medicamentos exige y condiciona, en un ciclo que se autoalimenta, que los profesionales prescribientes dispongan de una deficiente formación científico-técnica, particularmente en el área de la farmacología y la terapéutica. La introducción de un nuevo fármaco al mercado impone, en primer término, generar información sobre sus usos y aplicaciones, al mismo tiempo que originar desprestigio de los medicamentos existentes con propiedades y empleos similares, exagerando sus efectos adversos. Más tarde, una y otra información debe ser canalizada hacia los médicos, que son quienes a través de la receta harán que los nuevos productos farmacéuticos desplacen a sus equivalentes ya establecidos en el mercado, no porque aquellos sean mejores, sino para que sus patentes puedan ser explotadas en exclusividad por los laboratorios productores.

Los médicos son "bombardeados" por revistas, plañetos, visitado-

res, muestras gratis, congresos, seminarios, banquetes y todo tipo de obsequios que integran el sistema de comercialización de la IF. Como no disponen de mucho tiempo y tal vez por falta de interés a acceder a una información más elaborada, la IF cubre este importante vacío facilitando la información necesaria que requieren los médicos en su práctica profesional. Fundamentalmente esta información les permite mantener una cierta actualización y estar al tanto del último y novedoso tratamiento farmacéutico. Las posibilidades de valoración de la eficacia del medicamento y las comparaciones de precios quedan así muy reducidas.

Al tener las Empresas transnacionales un control tan fuerte del mercado tienen indirectamente un gran control de la información; no es extraño entonces que de los 300 productos más vendidos en el mercado mexicano los primeros 75 pertenezcan a las Ets (11). Según una encuesta realizada en 1979 a 707 médicos en Nayarit, se puede afirmar que el aparato de comercialización que despliega la IF ejerce una influencia en algunos casos decisiva sobre la prescripción médica. De esta encuesta se obtuvieron los siguientes datos (12):

- Un 95% de los medicamentos recetados son de origen transnacional. Los profesionales justifican esta prescripción aduciendo "cientificidad", confianza y especificidad de los fármacos producidos por las compañías extranjeras y sólo en algunos casos por economía.
- Admiten los médicos que se relacionan y se dan cuenta de los productos por medio de: a) representantes médicos; b) folletos de los laboratorios; c) literatura médica distribuida por la propia industria; d) por otros medios; e) por los libros de farmacología.
- Los visistadores médicos efectúan en promedio 1.09 visitas diarias.
- Los médicos consideran como apoyo a su práctica profesional: a) publicaciones de los laboratorios; b) estudios especiales del

producto realizados por las empresas farmacéuticas; c) muestras gratis

Las conclusiones a las que se llega a partir de esta encuesta confirman las reflexiones anotadas en los párrafos precedentes. Los resultados obtenidos en ella se refieren a la práctica privada de la medicina; en lo que respecta a la práctica institucional se debe considerar que las recetas dentro de las instituciones de salud se ajustan al Cuadro Básico y sólo ocasionalmente y previa justificación se pueden prescribir medicamentos fuera de él. La consecuencia inmediata de su implementación es la reducción del gasto en medicamentos por parte de las instituciones de salud; y la consecuencia indirecta es la influencia en el patrón prescriptivo de los médicos que se ven obligados a recetar con nombres genéricos y a limitarse a una lista reducida de fármacos (actualmente alrededor de 430).

El visitador es el encargado de introducir el nuevo producto, y la publicidad enviada posteriormente tiene más bien como función el constituir una ayuda memoria y material de consulta y archivo. Después que el producto está establecido en el mercado, los gastos de su promoción se reducen drásticamente.

Los visitadores representan el 30% del total de empleados del ramo, en México y su función se refiere siempre a la promoción de la marca comercial; el nombre de la empresa productora es utilizado como aval de calidad, si se trata de medicamentos que ya existen en el mercado el mayor énfasis está puesto en los supuestos mejoramientos marginales de calidad por mayor biodisponibilidad. La información que se brinda para ellos es sesgada, y se omiten muchos datos: si se trata de una recombinación de medicamentos ya existentes por ejemplo, o se evitan señalar todos los efectos secundarios, y no se mencionan tam-

co los precios de productos equivalentes.

En su mayor parte la información comercial es de muy alta calidad y poco precisa, ya que los usos e indicaciones de los medicamentos son exagerados, en tanto se minimizan las reacciones adversas, precauciones y contraindicaciones. Incluso se llega a promocionar con euforia productos que, contando con la debida autorización de los organismos sanitarios están prohibidos o son de uso restringido en países con control estricto (cuadro I).

En los últimos años varios gobiernos han intervenido decisivamente en el carácter y contenido de la información que la IF proporciona al cuerpo médico, , exigiendo una información completa y responsable (es el caso de la legislación americana y de Europa occidental). El fomento de fármacos por parte de las Ets en América Latina manifiestan importantes diferencias con respecto a la promoción de los mismos medicamentos en los países productores. Se observa en Latinoamérica por otra parte una marcada negligencia del sector público ante la exigencia de una adecuada información. En un estudio (13) de 40 productos farmacéuticos diferentes puestos a la venta en EEUU y América Latina por 23 Ets de EEUU, Suiza, Alemania y Francia, se descubrieron diferencias notables en la forma en que el mismo medicamento se describía a médicos en EEUU y a médicos en los países latinoamericanos. En EEUU se ofrecían indicaciones (o enfermedades para las cuales se recomienda el medicamento) que por lo regular no eran muy numerosas, en tanto que las contraindicaciones, precauciones y potenciales reacciones adversas y peligrosos efectos secundarios eran muy extensos. En América Latina las indicaciones eran mucho más numerosas, mientras que las advertencias sobre los posibles efectos secundarios eran muy escasas o en algunos casos se ignoraban

CUADRO I.

ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS PROHIBIDOS EN OTROS PAISES QUE SE EXPENDEN LIBREMENTE EN MEXICO

Nombre genérico	Algunos nombres comerciales que lo contienen
Dipirona	Conmel, Anarimil, Calmerel, Biperal, Becerol, Abophar, Katarsen, Ayoral, Mecotén.
Tetosterona (Sintética)	Winstrol
Ditiazanina, yoduro	Ditiazanina
Sulfas acción prolongada	Madribon
Indometacina	Antalgin, Artridol, Idocid, Indometacina.
Medroxiprogesterona	Depo-Provera
Cloramfenicol + tetraciclina	Tetrafenicol
Kanamicina	Kantrex
Clioquinol	Enterovioformo
Metapirileno	Histiakil, Lentostamin
Doxilamina	Abiaclin, Clominal, Mercodol, Nethaprim, Sakatin, Selcrin.
Lincomicina	Lincocin.

Fuente: Boletín de prensa del Dr. Lomelín, presidente de la asociación mexicana de estudios para defensa del consumidor 1980.

Tomado de: Crevenna, Pedro y otros, Las Transnacionales de la salud, México, Taller Abierto, 1983, p. 230.

completamente. Por otra parte las diferencias de información no sólo se verifican entre los países productores, EEUU, Europa occidental y América Latina, sino también entre los distintos países latinoamericanos (14).

Las muestras gratis que emplea la IF como otro medio de publicidad ayudan al visitador médico en la promoción de los productos. Sobre todo en la práctica privada se acosa al médico con muestras gratis, de manera que este "pruebe" en sus pacientes los nuevos o supuestamente nuevos medicamentos recientemente lanzados al mercado. "La promoción comercial por el procedimientos de distribuir muestras gratuitas de productos desemboca a veces en la reventa de dichas muestras para beneficio exclusivo de los médicos." En tales casos, la "promoción" se asemeja mucho a la concesión de una participación en los beneficios -realizada a costa del paciente y crea una indeseable aproximación de intereses entre las Ets y el cuerpo médico. El costo social de todo ello no es simplemente un incremento en los beneficios, de los precios y del volumen de prescripciones innecesarias, sino también la constitución de un élite poderosa y homogénea que se opondrá a toda posible reforma del sistema vigente" (15).

En México las muestras gratis representan el 25% del total de unidades vendidas; este porcentaje se incrementa cuando se trata de medicamentos de reciente aparición y que requieren publicidad especial. El costo de estas muestras se traslada evidentemente a los precios al consumidor.

Los folletos, revistas, publicaciones especializadas, son otro de los medios publicitarios de la IF. En 1974, el tiraje de revistas médicas en Mexico era de 230 000 ejemplares mensuales, de modo que cada médico recibía de 5 a 6 revistas (16). Casi todas estas revistas

están financiadas por los laboratorios directa o indirectamente. Y en el caso de las revistas sin anuncios, con artículos científicos donde se presentan las bondades de algunos productos se advierte la influencia de algún laboratorio. En estas publicaciones los laboratorios presionan para que no se publiquen artículos en donde se critique la acción de un medicamento o problema que ocasione su uso.

El Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, recurso básico de consulta de los médicos en formación, los médicos que practican la medicina privada y el personal no médico que lo utiliza para recetar (desde las madres de familia hasta las comadronas), tiene como fuente de información fundamental los datos sobre los productos suministrados por las empresas elaboradoras. Según el Diccionario la información se somete al control estricto de los departamentos científicos de los laboratorios, lo cual no garantiza su neutralidad.

Los proyectiles mágicos de la medicina

En muchos casos se presentan a consulta enfermos que manifiestan una sintomatología poco clara y sin embargo no hay consulta sin prescripción medicamentosa. Se trata menos de "curar" que de responder, sino a una demanda real, al menos a la demanda expresada por el paciente. Las ventajas y los costos de adopción de medicamentos como terapia preferencial y sobre todo si se trata de una novedad farmacéutica, no depende solamente de las características técnicas del producto (ligadas directamente a su actividad farmacodinámica). Ese medicamento ofrece posibilidades que se podrían denominar funciones no técnicas de la prescripción: medio para afirmar la competencia y el poder del médico, y signo de responsabilidad ante el paciente.

La prescripción juega con el papel de signo del medicamento, ya que se depositan en su poder resolutivo, una confianza que va más allá de su acción directa sobre el organismo. Es el valor simbólico del medicamento el que cumple este rol silencioso pero en muchos casos determinante de la prescripción. Estas funciones simbólicas además, asociadas a las representaciones que el paciente y el médico tienen del proceso de la enfermedad y su cura, se relacionan también con la confianza depositadas por ambos en los productos originados en la investigación científica y tecnológica modernas, aparentemente inatacables en los propósitos que las orientan.

El mito del bienestar y el progreso alimentan esta imagen simbólica del medicamento. Las novedades terapéuticas se benefician con ella y los laboratorios farmacéuticos lo saben muy bien. Ellos difunden y propagandizan los procesos de las innovaciones; manipulan la visión de eficacia y de juventud del medicamento, la "novedad farmacéutica" como símbolo de progreso y esperanza. Los laboratorios en la vanguardia del avance médico financian congresos, coloquios y seminarios nacionales e internacionales sin que se mencione el nombre de la compañía patrocinadora, pero se destaca tacitamente su servicio/^{para} el mejoramiento de las condiciones de salud general de las poblaciones.

En tanto signo, los factores necesarios para el éxito del medicamento dependerán menos del valor absoluto que de su lugar en el seno de un gama jerarquizada de signos. No es tanto la eficacia lo que se debe significar sino "la mayor eficacia" y en este sentido la aparición de medicamentos con características más prometedoras que las existentes aumenta la norma y por ello disminuye la capacidad signifi-

ficante de éstos.

La aparición de una nueva terapia causa lo que Dupuy y Karsenty llaman la "obsolescencia psicológica" de los medicamentos anteriores. Se produce entonces un proceso de "desgaste" simbólico del fármaco junto con otro fenómeno, la "usura psicológica". Tanto ésta como aquella justifican en el corto plazo la sustitución por un nuevo producto (17). Estos términos de obsolescencia y usura, recuerdan las categorías económicas que se utilizan para referirse al equipo industrial. Con el medicamento ocurre algo parecido sólo que a nivel de los determinantes del consumo.

La prescripción alimenta estos procesos. La experiencia que tiene el médico de la obsolescencia de los medicamentos existentes, da lugar -por la representación del progreso técnico que genera el nuevo producto-, a la usura psicológica. Es evidente que se trata aquí de un problema que es inherente a cualquier acto de consumo: se busca la respuesta a ansiedades y carencias de distinta naturaleza, y al objeto poseído se lo cree capaz de cubrir ese vacío.

La obsolescencia y la usura psicológicas del medicamento son dos fenómenos muy conocidos y estudiados por la mercadotecnia de la IF, que dedica gran parte de su esfuerzo de investigación y desarrollo y comercial, al lanzamientos de nuevos productos y fundamentalmente a la diferenciación de productos. Entre el valor simbólico del medicamento, las características del consumo y el mito del bienestar que se genera en el precriptor y el consumidor, se establece una relación dinámica y de necesidad. Al transformarse en mercancías los objetos y los actos en el sistema capitalista, ven distorsionado su valor

de uso, y su valor de cambio pasa a conformar la determinación última de los objetos-mercancías. Este proceso de transformación de un producto ético en un bien sujeto a las condiciones de intercambio y consumo ha sido de central importancia, tanto para la expansión de la demanda de medicamentos, como para la práctica médica hegemónica.

Mito y publicidad de medicamentos

"¿Qué es un mito en la actualidad? Daré una primera respuesta muy simple, que coincide perfectamente con su etimología: el mito es un habla.

"¿Qué es lo específico del mito? Es transformar un sentido en forma. Dicho de otro modo, el mito es siempre un robo del lenguaje."

Roland Barthes, Mitologías.

La relación que se establece entre publicidad y consumo en el caso de los medicamentos éticos (18) tiene como intermediario obligado al médico prescriptor. Por ello la propaganda de la IF, dirigida al cuerpo médico, manipula la imagen simbólica que posee el medicamento en la práctica médica hegemónica. La masa de información, símbolos y valores que transmite esta propaganda contribuye considerablemente a la construcción de mitologías con respecto a la etiología de las enfermedades, diagnóstico y conductas terapéuticas.

Barthes (19) tal vez sea el autor que mejor analizó las mitologías contemporáneas, esos "debes" y "no debes" que todos los días nos impone la publicidad, y que él llamó "abuso ideológico". En la sociedad de consumo el bienestar se convierte en un mito, del cual participa la

salud como uno de sus principales componentes. El medicamento se presenta, dentro de este mito como el portador de salud y bienestar.

Para Barthes el mito es un habla: "el mito no podría ser un objeto, un concepto o una idea, se trata de un modo de significación, de una forma." El mito no se define por el objeto de su mensaje sino por la forma en que se lo profiere. "Este habla mítica es un mensaje, y por lo tanto no necesariamente oral; puede estar formada de escrituras y representaciones: el discurso escrito, así como la fotografía, la publicidad, todo puede servir de soporte para el habla mítica." Al ser mistificado, el medicamento es adaptado a un determinado consumo, es decir, revestido de un uso social y además de un reconocimiento social que le confiere la práctica médica hegemónica.

La publicidad impresa de medicamentos es uno de los vínculos de esta mistificación, y su análisis permitirá observar, aunque más no sea someramente algunos de los valores que se juegan en la prescripción.

En la publicidad farmacéutica es posible distinguir cuatro niveles de lectura básicos (*) si bien no constituyen reglas de formación

(*) Ya que no pretendemos realizar un análisis cuantitativo sino cualitativo de la publicidad farmacéutica, nos hemos limitado para ello básicamente a dos fuentes: la revista Infectología, órgano de la Asociación Mexicana de Infectología, A.C.; y el Boletín del Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salu. La elección de estas publicaciones tiene un sentido: se trata de dos revistas con cierto respaldo de investigación científica (fundamentalmente en el caso del Boletín) y no simplemente publicaciones de divulgación propagandística. Sin embargo, en ambos casos los laboratorios financian parte o toda la publicación, lo que nos permite suponer que las investigaciones presentadas en estas revistas pueden llegar a sufrir algún condicionamiento por parte de la IF.

En el Boletín del Hospital Infantil de México, la propaganda sólo

del discurso de la publicidad médica nos ayudarán a descifrar algunos de sus códigos y símbolos internos.

En un primer nivel de lectura general se percibe la visión global de la publicidad: una masa de imágenes y colores. Esta primera "impresión" atrae inmediatamente la atención del lector: el anuncio tiene un efecto impactante. Esta característica de la publicidad de medicamentos es similar a cualquier otra. Entre un anuncio de Rifadin y uno de tenis Adidas o de ron Bacardi no hay diferencia en el manejo gráfico y cromático. La propaganda de medicamentos presenta, sin embargo, ciertos rasgos particulares que le permiten responder a las exigencias de científicidad del médico-receptor.

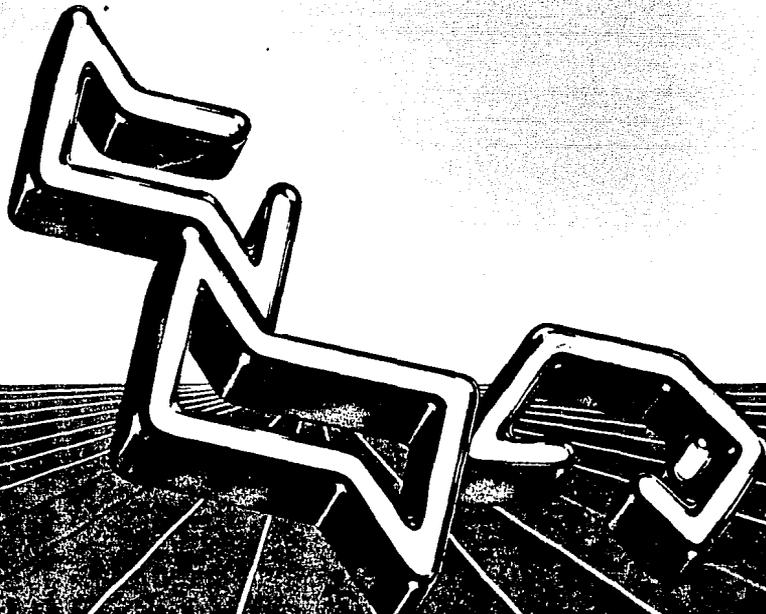
En muchos casos la combinación de formas y colores nos remiten a una idea de "modernidad" a través de imágenes futuristas y un manejo de la técnica, que sugieren que ese medicamento nos ofrece "el futuro en el presente". Esta modernidad se manifiesta en un diseño gráfico que privilegia elementos que hacen referencia a la tecnología de avanzada: horizontes de coordenadas, rayos y perspectivas como dibujados por una computadora, espacios que recuerdan el

se encuentra al principio y al final y no se intercala en los artículos; esta revista tiene mucho prestigio entre los pediatras pero su distribución es limitada, y hay que suscribirse para recibirla.

La revista de Infectología presenta características más comerciales, es una publicación a todo color a diferencia de la anterior donde la impresión es en blanco y negro con una calidad más baja. La publicación en la revista de Infectología tiene una presencia mucho mayor y está intercalada en los artículos. El médico que la lee está casi obligado a detener la atención en la imágenes publicitarias aunque no lea todo el texto (las indicaciones, la posología, reacciones adversas del medicamento...etc.). La distribución de esta revista es gratuita y más amplia que en el caso anterior.

Schering

EN EL HORIZONTE DE
LA ANTIBIOTICOTERAPIA



SCHERAMEX DESARROLLA LA
TERCERA GENERACION DE
AMINOGLUCOSIDOS

ARE-2701 NET

EN:

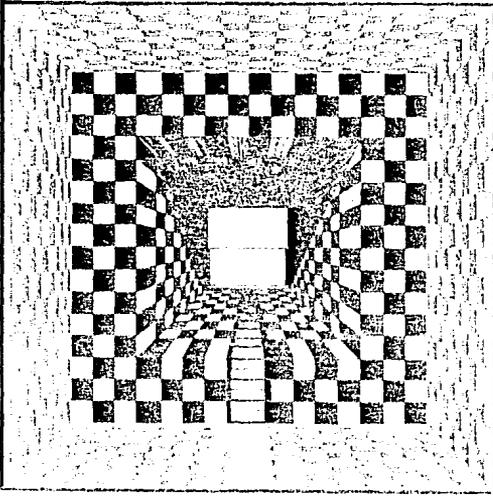
BRONQUITIS AGUDAS o CRONICAS

**Incluyendo
NEUMONIAS**

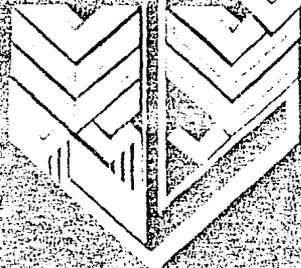
fue muy importante subjetiva
y objetivamente al tratamiento
con co-trimoxazol, disminuyendo el
volumen de la expectoración y la tos
de modo notable.

«BACTRIM®F»

«BACTRIM®F»



DISMINUYE EL VOLUMEN
DE LA EXPECTORACION Y
DE LA TOS EN TRATAMIENTO
CON ANTIMICROBIANO.



BACTRIM®F

Adultos y jóvenes mayores de 12 años	100	200
Niños de 6 a 11 años	50	100



ROCHE S.A. - ROCHE S.A. - S.A. - S.A.
AV. DE LA INDUSTRIA, 1000 - MONTEVIDEO, URUGUAY

En bronquitis, faringoamigdalitis,
bronconeumonía y otitis media

Rifadin[®]

(Rifampicina)

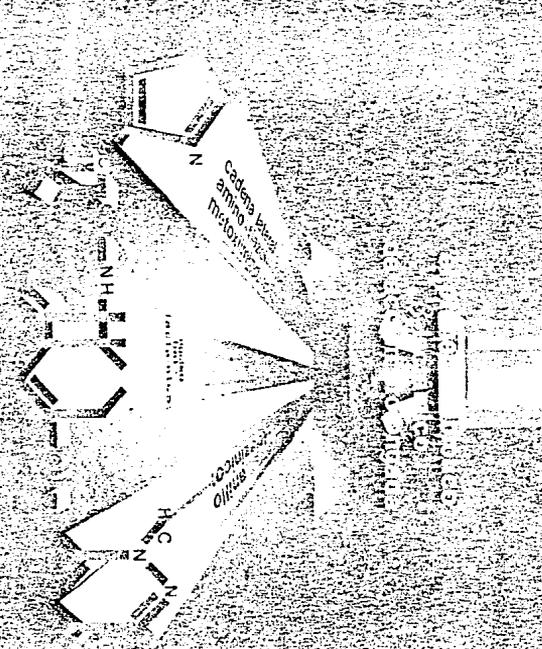
Desde el inicio...

INDICACIONES: Infecciones respiratorias, amigdalitis, faringitis, bronquitis, bronconeumonía, Otitis media. **POSOLOGIA:** ADULTOS: 600 a 1200 mg al día divididos en 2 tomas. NIÑOS: 10 mg/kg día (dividido en 2 dosis) (cada 5 ml contienen 100 mg de Rifampicina). **PREMATUROS Y RECÉN NACIDOS:** 5 mg/kg día (dividido en 2 dosis) (cada 5 ml contienen 100 mg de Rifampicina). Para asegurar una absorción más rápida y completa del antibiótico se aconseja la administración de Rifadin[®] con el estómago vacío. Luego de la desaparición de los síntomas, el tratamiento debe continuarse por algunos días. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Náuseas, vómitos, reacciones alérgicas cutáneas, aumento de las transaminasas y de la bilirrubina sérica, ictericia, fatiga, somnolencia, cefalea, mareos, ataxia, confusión, incapacidad de concentrarse, hipotensión generalizada, dolor en las extremidades o debilidad muscular, diarrea. **CONTRAINDICACIONES:** Rifadin[®] no debe administrarse en casos de hipersensibilidad a las rifamicinas, en presencia de ictericia o durante los tres primeros meses del embarazo. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:** 2do. y 3er. trimestre del embarazo y en la primera infancia debe ser administrado sólo en caso de real necesidad, bajo el control directo del facultativo. En los pacientes con alteraciones de la función hepática, particularmente en el alcoholismo crónico o en la cirrosis hepática, Rifadin[®] debe ser administrado bajo control directo del facultativo. En estos pacientes es aconsejable administrar Rifadin[®] en dosis menores inferiores a las habituales, reducir al mínimo la administración y la dosificación de otros fármacos, en especial los potencialmente hepatotóxicos y estudiar la función hepática. La administración de Rifadin[®] puede ocasionar una coloración rosada, más o menos marcada de la orina, de la secreción lagrimal y de la expectoración, a causa de la eliminación del antibiótico por dichas vías. Tanto en los animales de laboratorio como en el hombre, la administración de rifampicina ha estado asociada con evidencia de inducción del sistema enzimático hepático metabolizador de drogas. En consecuencia la tasa de metabolización de aquellos compuestos que son sustrato de tales enzimas, puede estar alterada y, en algunos casos, acelerada. Dicho fenómeno puede resultar en una disminución del efecto farmacológico de la droga, hasta el momento se han informado cambios de posible relevancia clínica con los siguientes grupos: anticoagulantes, hipoglucemiantes orales, digitálicos, anticonceptivos orales y corticosteroides. Por lo tanto, pueden ser necesarios ajustes en la psicología de estos grupos cuando son usados concomitantemente con la rifampicina, en particular cuando se inicia o suspende la administración de rifampicina. Se debe aconsejar a las mujeres que no utilicen anticonceptivos orales durante el tratamiento con rifampicina, que utilicen otros métodos no hormonales de control de la natalidad. **FORMULAS Y PRESENTACIONES:** Caja con 8 cápsulas de 300 mg (cada cápsula contiene 300 mg de Rifampicina). Caja con 16 cápsulas de 300 mg (cada cápsula contiene 300 mg de Rifampicina). Frasco con 90 ml de suspensión (cada 100 ml contiene 2 g de Rifampicina). Regs. Nos. 69441, 70964, S.S.A. I. Med LGE 1441 - J.R.N.A. 011 - 85. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos.



Rocepphin

Antibiótico
de ampicilina
y clavulánico



Rocepphin

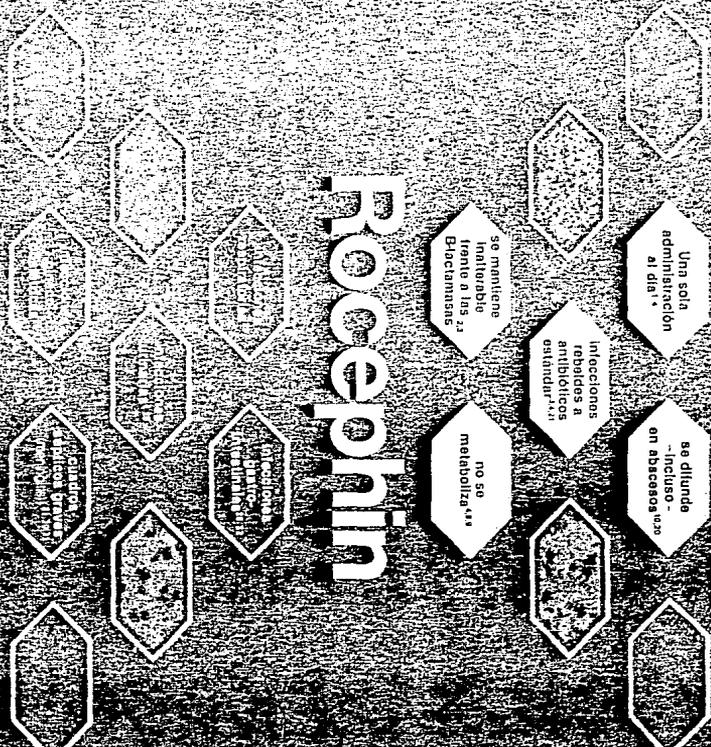
Una sola
administración
al día *

se diluye
- incluso -
en abscesos **

infecciones
rebelde a
antibióticos
estándar ***

se mantiene
inalterable
frente a las **
β-lactamasas

no se
metaboliza ***



100 mg/200 mg

100 mg/200 mg

micro y el macrocosmos, en estos espacios se proyectan imágenes hacia un punto preciso y lejano. Estos elementos crean una atmósfera de tecnología y futuro, y el mensaje subliminal aquí es que la IF se encuentra en la vanguardia de la investigación y el desarrollo. El diseño de estas propagandas al dar idea de progreso tecnológico legitiman la confianza que el médico deposita en el medicamento.

En otros ejemplos la publicidad nos remite a la "cosa médica": las imágenes son siempre fragmentos del cuerpo humano, órganos y tejidos afectados son rodeados o atacados por el medicamento en sus distintas presentaciones. O a veces simplemente sugieren el tejido orgánico simulando fotografías que parecen tomadas de observaciones de microscopios electrónicos. Esto también se asocia con el progreso y la investigación.

En otros ejemplos se puede leer en la sonrisa del paciente-consumidor del medicamento, la efectividad del tratamiento. Detrás de las sonrisas se siente la presencia del bienestar como fin último a alcanzar y posibilitado por el medicamento.

Los colores tienen un peso particular en los anuncios. En las propagandas analizadas notamos que se repitan básicamente los tonos cálidos, la gama de rojos (que insinúan la sangre, la carne humana, de alguna manera se refiere al interior del organismo); los rojos se combinan con los azules que aluden al espacio exterior o al microcosmos.

La presencia de "sistemas estables" es muy frecuente en varios anuncios, y se oponen a veces a otros sistemas en desequilibrio. Este juego de oposición parece contraponer lo patológico al funcionamiento normal del organismo. Lo normal se refiere siempre a un sistema que



en
amigdalitis/faringitis
otitis media
sinusitis

LINCOCIN

penetra
 actúa...
 en su
 paciente



CONTRINDICACIONES: Hipersensibilidad a la droga o a sus componentes.

REACCIONES SECUNDARIAS: Darse. Ocasionalmente induce a vómito de origen gástrico, puede estimular la secreción salivaria, como resultado de irritación.

PRECAUCIONES: Hacer un tanto de terapia local en presencia de afección de la mucosa oral, como en las faringitis de niños, pacientes con quemaduras orales, hepatitis, enterocolitis o enfermedades previas a estas.

PRESENTACIONES:
Lincocin Inyectable: Adultos: Frasco ampoula con 2 ml como número comercial de lincocina monohidratada equivalente a 600 mg de lincocina base.
Lincocin Inyectable Pediátrico: Frasco ampoula con 1 ml como número comercial de lincocina monohidratada; equivalente a 300 mg de lincocina base.
Lincocin Capsulas: Cada capsula contiene clorhidrato de lincocina monohidratada; equivalente a 500 mg de lincocina base; con 18 capsulas en cada caja.
Lincocin Jarabe: Frascos con 80 ml. Cada 5 ml contienen clorhidrato de lincocina monohidratada equivalente a 250 mg de lincocina base.

*Las especificaciones de producto están dirigidas a ayudar al médico a determinar la idoneidad de marca y proporcionar el suficiente material apropiado, en caso de requerir información adicional, está a su entera disposición en nuestra Compañía.

Lincocin Jarabe y Lincocin Capsulas
 S. venta exclusiva en México

UPJOHN S.A. de CV, Calles de Toluca 2942 México D.F.



Marca Registrada LINCOCIN
 Reg. No. 1274, 1275 y 1679 S.S.A.
 L. México 1972, 1947, 1953, 1959 Mx

307

Cien Años al Cuidado de la Salud

Ahora,

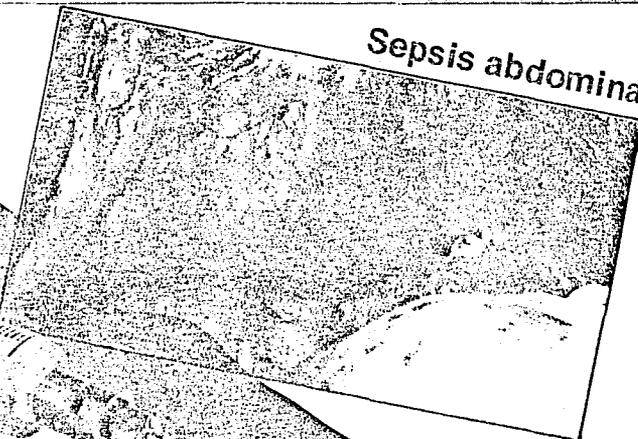
Claforan®

por su amplio espectro...⁽¹⁾

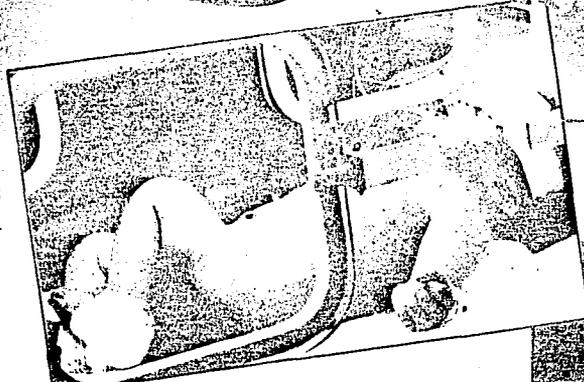
**Acción
certera sobre
gérmenes difíciles**



Sepsis abdominal



**Rápida remisión
de los
síntomas⁽²⁾**



Meningitis



Bronconeumonía

ROUSSEL /

Relat. Hosp. Nat. Mex.

funciona en armonía y equilibrio.

En el segundo nivel de lectura lo que se percibe es la escisión del anuncio: el mensaje publicitario y el informativo. El segundo ocupa un lugar marginal dentro del espacio total de la publicidad o sencillamente se encuentra relegado a la página siguiente o a otra página. En cambio el mensaje estrictamente comercial está en el centro, no sólo por el espacio que ocupa dentro del anuncio sino también por la manipulación cromática y gráfica de que es objeto. En consecuencia la lectura y recepción del mensaje se limita casi al texto publicitario y no al informativo. En este nivel de lectura se tiene la impresión que toda la información sobre el medicamento esta contenida en la publicidad, aún en los casos en que la parte informativa científica se halle en otro lugar.

El mensaje publicitario de la IF aparentemente no pretende esconder ninguna realidad, por ello señala todos los elementos que necesita el médico para poder prescribir. Pero lo que se produce es una deformación de la realidad y esto fundamentalmente a través de las ilustraciones y el texto publicitario, como mensajes subliminales. La IF sabe que el médico necesita información rápida y suscita que le resulte operativa en el momento prescriptivo y ésta es la que se lee en el espacio comercial de la publicidad junto a la marca comercial y las imágenes. La otra parte de la información tiene una función muy marginal dentro del total de la publicidad; la calidad de esta información la hemos analizado en apartados anteriores.

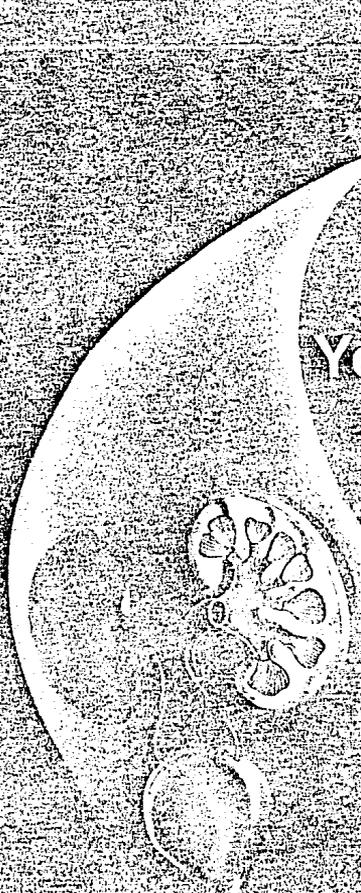
La marca comercial es uno de los focos de mayor atracción del a-

nuncio, en general tiene un lugar central y un porcentaje importante dentro del espacio total, cuando no constituye el eje en torno al cual gira toda la publicidad. El nombre genérico del medicamento se encuentra frecuentemente debajo de la marca comercial, en una tipografía más pequeña lo que evidencia la menor importancia que tiene en la publicidad. Por lo general el nombre comercial es mucho más fácil de memorizar que el nombre genérico: Vilona, el nombre comercial, rivavirina, nombre genérico; Micocin, nombre comercial, clorhidrato de minociclina nombre genérico; Rocephin, nombre comercial, ceftriaxona, componente activo.

En este nivel de lectura lo figurativo juega un papel fundamental pero la ausencia de determinadas imágenes también participan de ese juego. Por lo general, no se ven médicos o práctica médica ni tampoco enfermos. Sólo hay medicamentos y enfermedades, "engranajes averiados" y herramientas para componerlos. En estos casos el mensaje nos refiere que "el medicamento cura", como señala Barthes, el mito se transmite también por tautología. La publicidad cumple en este juego de presencias y omisiones su misión homogeneizadora donde no se puede individualizar ni al paciente enfermo ni al médico que cura, sólo hay órganos y tejidos afectados, y el medicamento que los ataca o envuelve.

Esta imagen de lo "envolvente" la vemos repetirse en varias propagandas. Se observa al medicamento rodeando de manera protectora la parte afectada del organismo: un pulmón envuelto por lo que se supone que es el medicamento. La idea es la de un medio protector, seguro, cálido y tranquilizante. La plasta barrida en colores pastel da una sensación inmediata de placidez, calma y bienestar. Quizas no sea

Lo sencillo es el último recurso de lo complicado



Yecramicha 160

La genamicha
lista para entrar
en acción!



308

FALSY
GREENWAY

excesivo interpretar que este medio que contiene es asociado de forma inmediata e inconsciente con la imagen primaria del útero.

Las jeringas, flechas y halos de luces, tan presentes en la publicidad farmacéutica aluden a la eficacia y rapidez, dando idea de "trayectoria". La acción del medicamento, al penetrar profundamente en el órgano enfermo, conduce hacia un estado de estabilidad, normalidad y bienestar, las jeringas, aparecen, entonces como la imagen de la capacidad de rapidez de acción del fármaco.

La felicidad que transmiten algunas publicidades lo hacen a través de individuos "felices", "sanos". Además en estos casos se puede advertir otros elementos interesantes: la clase social a la que pertenecen los personajes del anuncio, evidentemente capas medias, son el medio perfecto de transmisión de los valores de bienestar de la sociedad capitalista. La forma de vestirse, el maquillaje, la sonrisa y también la juventud de los personajes representan la felicidad misma.

En este nivel de lectura aunque no lo parezca por el tamaño, tiene un lugar destacado el nombre y el logotipo del laboratorio como garantía y legitimación del producto. Normalmente el logo del laboratorio se encuentra abajo a la derecha, de manera que el lector está obligado a percibirlo al dar vuelta la página. Hay ejemplos en los que la publicidad carece de todos los atributos analizados, pudiendo calificarse de "parcas", pero la marca del laboratorio por lo general transnacional, completa la propaganda dándole el peso que no tienen las imágenes o el color, es el ejemplo del Vancocin de Lilly.

Penetrar hasta donde se ubica
la infección y ahí...

Combatir eficazmente
las infecciones
gastrointestinales más comunes
producidas por:

Salmonella, Shigella, E. coli.
con:



Tiofeniclin*

(tianfenicol)

Sin los indeseables efectos
del cloranfenicol



**Penetra con
eficacia y seguridad.**

para ADULTOS

CAPSULAS: Cada cápsula contiene:
Tianfenicol Base 250 mg
Caja con 12 cápsulas

SOLUCIÓN INYECTABLE ADULTO:
Clorhidrato de glicinato de tianfenicol equivalente a 750 mg de tianfenicol.
Hecha la mezcla el producto se conserva 24 horas en refrigeración.

POSOLOGÍA: En casos graves o acompañados de náuseas y vómitos iniciar el tratamiento con la solución inyectable: 1-2 frascos al día, por vía intramuscular, endovenosa o venoclisis. En casos particularmente graves administrar hasta 3 frascos en 24 horas. En caso de gravedad media se puede iniciar el tratamiento con las cápsulas lo mismo que para los tratamientos de sostén o prolongados: 1 cápsula cada 4 horas a 2 cápsulas cada 6 horas (6 a 8 al día).

para NIÑOS

SUSPENSIÓN INFANTIL ORAL: El frasco con granulado contiene:
Tianfenicol Base 1.5 g.
Excipiente c.s.

Agregue agua hervida y fría hasta la marca roja indicada en la etiqueta.
Agítese hasta obtener una suspensión homogénea.

HECHO EN MEXICO POR:

sanofi CALZADA MEXICO-XOCHIMILCO
Nº 4832 C.P. 14370 MEXICO D.F.

Hecha la mezcla el volumen es de 60 ml.
Cada cucharadita de 5 ml contiene 125 mg de tianfenicol base
Hecha la mezcla contiene 33.3% de aruzar.
Hecha la mezcla el producto se conserva durante 7 días en lugar fresco.

SOLUCIÓN INYECTABLE NIÑOS: El frasco contiene:
clorhidrato de glicinato de tianfenicol equivalente a 250 mg de tianfenicol.
Hecha la mezcla el producto se conserva 24 horas en refrigeración.

POSOLOGÍA: En la generalidad de los casos úsele la suspensión oral 30 a 50 mg/Kg en 24 horas. Repárase la dosis diaria en 4 tomas que se administrarán cada 6 horas. 1 cucharadita = 125 mg de tianfenicol base. En la práctica: 1 cucharadita por cada 3 Kg de peso en 24 horas. En casos con náuseas, sùmmo o graves: Úsele la forma inyectable. 1/2 a 1 frasco de 250 mg (infantil) en 24 horas. En casos particularmente graves 100 mg por Kg en 24 horas.

PRECAUCIONES: El uso de este medicamento puede ocasionar anemia grave. No se emplee en embarazadas, niños, ni en padecimiento leves sin consultar al médico.

CONTRAINDICACIONES: No administrarse a personas sensibles a este tipo de antibióticos y a pacientes con insuficiencia renal grave que curse con anuria y disresias sanguíneas. Leucope-
nia.

REACCIONES SECUNDARIAS: La administración oral, puede ocasionalmente originar flatulencias, náuseas y vómitos; que desaparecen al suspenderse el antibiótico.

Su venta requiere receta médica

*Marca Registrada Regs. Nos. 64724, 67149 y 73600 S.S.A.
Imed. MCE-468/3



VANCOCIN^{MR}

CLORHIDRATO DE VANCOMICINA

Antibiótico glucopéptido tricclico
para administración intravenosa

Terapia de elección en infecciones
severas causadas por cepas multiresistentes
de *Staphylococcus Aureus* y *Staphylococcus Epidermalis*

Indicado en el tratamiento de Colitis
Pseudomembranosa causada por
Clostridium difficile secundaria al uso
de antibióticos

No tiene resistencia o acción de
bloqueo a su exclusivo y único mecanismo
de acción



En un tercer nivel de lectura se percibe el texto dentro del espacio publicitario. Se pueden distinguir dos tipos de textos: a) para lo que sirve el medicamento: Vilona, antiviral ataca al herpes zoster, genital y simple, a la hepatitis A y B, al sarampión, y la influenza; Claforan combate gérmenes difíciles, meningitis, bronconeumonía, sepsis abdominal; Rocephin combate ciertos gérmenes resistentes a otros antibióticos, infecciones respiratorias, gastrointestinales, gineco-obstétricas, cuadros sépticos graves.

b) En otra parte del mensaje se describen los atributos y cualidades del medicamento que lo diferencian de otros que poseen las mismas funciones. En este segundo aspecto podemos incluso distinguir dos estilos de atributos: i) los que dan seguridad al médico en la prescripción: Rocephin: amplio espectro, sobresaliente efecto bactericida...; Tiofeniclin evita los efectos indeseables del cloranfenicol.

La versatilidad, así como el amplio espectro, condición esta que se señala en la publicidad de muchos antibióticos y antivirales, son características del medicamento que permiten una respuesta más sencilla ante diagnósticos dudosos. La insistencia en muchos anuncios en las palabras respuesta o solución nos indican este apoyo que quiere brindar la IF a la prescripción: Isoprinosine, la respuesta antiviral; una solución a dos problemas: Rifaprim.

ii) Luego están los atributos y cualidades que hacen que el médico prescriba respondiendo a la presión y exigencia del paciente: la eficacia y la rapidez. Claforan: acción eficaz, recuperación rápida, estas dos frases están en el centro del anuncio y junto con la imagen atraen inmediatamente la atención del lector. Las palabras efectivo,

BRONCONEUMONIA


Claforan

por su amplio
espectro⁽¹⁾



(1) Mo Kendrick 1980.

ACCIÓN
SUS
EFFECTIVA
RÁPIDA

RECUPERACIÓN
RÁPIDA

eficiente y rápido se repiten en casi todos los anuncios: Yectamicina, concentración farmacéutica rápida y efectiva; Noroxin eficaz; Tiofeniclin: combate eficazmente las infecciones...; Yectamicina lista para entrar en acción.

El alivio que proporciona el medicamento se dirige siempre a la parcela enferma del cuerpo humano..."La úlcera duerme con Azantac", aquí el texto refuerza las imágenes fragmentarias del cuerpo y de la acción del medicamento.

Se destaca además otra idea en la mayoría de los anuncios, la capacidad de penetración del fármaco. Esta característica responde tanto a la rapidez de acción exigida por el paciente como a la seguridad que requiere el médico para recetar: Lincocin, penetra y actúa...; Tiofeniclin: penetra hasta donde se ubica la infección. Este concepto de penetración, tiene además un evidente contenido asociado a la virilidad y a algunos valores masculinos. En el esquema básico que la cultura occidental confiere a los sexos, lo masculino corresponde a lo activo, a lo que actúa. En consecuencia se tiene la impresión de que la insistencia en este concepto actúa subliminalmente sobre el médico para transmitir la sensación de que el medicamento es realmente poderoso.

Las propagandas insisten en los atributos del medicamento que alivian los síntomas de la enfermedad. En el momento prescriptivo esta característica del medicamento motiva al médico a recetar. "Claforan: rápida remisión de los síntomas...

Lo "nuevo" en la publicidad farmacéutica cumple/^{también} un importante papel ya que ofrece al médico la posibilidad de estar al tanto de lo "último en farmacoterapia" y cumple con sus expectativas de

De Merck Sharp & Dohme

NOROXIN

Un agente antibacteriano por vía oral
en el tratamiento de las infecciones
del aparato urinario

NOROXIN

Administración por vía oral. Ver prospecto.

NO ROXIN®
los antimicrobianos
de acción más rápida
de amplio espectro

NO ROXIN® es el único antibiótico de acción rápida y de amplio espectro que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios.

NO ROXIN®
los antimicrobianos
de acción más rápida
de amplio espectro

NO ROXIN® es el único antibiótico de acción rápida y de amplio espectro que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios.

NO ROXIN®
los antimicrobianos
de acción más rápida
de amplio espectro

NO ROXIN® es el único antibiótico de acción rápida y de amplio espectro que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios. NO ROXIN® es el único antibiótico que actúa sobre los microorganismos gram positivos y gram negativos, incluyendo a los anaerobios.



progreso y avance científico . La tipografía futurista con la que se presenta el nuevo medicamento refuerzan la novedad farmacéutica. "Lo nuevo de Glaxo: Azantac". Rocephin. Es nuevo: la investigación de Roche lo ha conseguido".

Podríamos señalar un último nivel de lectura que es el de la información sobre el medicamento que se encuentra al pie de página o a un costado del anuncio en un lugar relegado, aún en algunos casos a vuelta de página o en otra . de la misma publicación. Hemos insistido ya en la calidad de la información que se brinda al médico por medio de los distintos tipos de publicaciones que patrocina o distribuye la IF, sobre todo en los países dependientes . Aquí sólo queremos señalar un ejemplo que nos parece muy elocuente al respecto: la Vilona. Es un antiviral del que se dice que puede combatir el herpes, la hepatitis, la influenza, el sarampión. Se insiste en que la rivavirina, componente activo del fármaco, es el resultado de una intensa investigación en virología. Pero cuando se indican las referencias de esta "intensa investigación", y según consultas con médicos infectólogos, de las publicaciones mencionadas sólo una pertenece al Index Medicus y las otras son publicaciones de dudosa científicidad. Está comprobado que este antiviral no sirve para combatir los virus que anuncia la publicidad, se sabe que hasta ahora ha sido utilizado con cierto éxito en algunos casos de dos enfermedades poco comunes y de difícil diagnóstico: sincitial respiratorio y la fiebre de Lassa.

Algunas reflexiones

Frente a esta propaganda el médico pone la atención en la forma de la publicidad como un todo inextricable de sentido y de forma, se recibe una significación ambigua y se responde al mecanismo constitutivo de la propaganda, a su dinámica propia. En la mayoría de los casos el médico se convierte en lector del mito: el antibiótico X, el antiviral Y...son las armas más eficaces para vencer la enfermedad. Esta manera de relacionarse con la publicidad es dinámica, se consume el mensaje según los fines propios de su estructura: el médico internaliza las imágenes directamente.

En las propagandas que analizamos se advierte que la marca comercial y las imágenes ocupan un lugar y un porcentaje importante y juegan un papel fundamental en el mensaje. Tanto el texto como la imagen gráfica que forman parte de la publicidad suponen una conciencia significativa pero la imagen sin duda es más imperativa que la escritura, ya que impone una significación en bloque, que no se analiza ni se dispersa: se recibe como la síntesis significativa del mensaje total de la publicidad.

El mensaje publicitario está vacío de historia, todo se manifiesta como representando valores en sí (la eficacia, lo nuevo...) fuera de todo contexto historicosocial. El mito publicitario está constituido por la pérdida de la cualidad histórica de las cosas: se pierde el recuerdo de su origen, de su construcción. El médico queda involucrado por su propia concepción del cuerpo, de la salud, de la enfermedad y de la curación, dentro de esta dinámica ahistórica de la publicidad.

Del mensaje publicitario se espera un efecto inmediato poco importa si después es desmontado, se presume que su acción es más fuerte

que las explicaciones racionales que puedan desmentirlo más tarde. Esto quiere decir que la lectura de la publicidad se agota de un solo golpe. Se recoge un solo sentido: Vilona, es la respuesta antiviral... Leo allí una significación verdadera, se acepta la eficacia de acción del medicamento para vencer las enfermedades anunciadas por la publicidad. Eso es todo y es suficiente. Ese mensaje recibido de esa forma es indiscutible. Lo que permite al médico-lector consumir el mensaje publicitario inocentemente es que no advierte en él una estructura subyacente sino sólo un medio informativo neutro.

El mundo entra al lenguaje (comprendido éste en su sentido más amplio, lengua, imágenes, fotografía, etc...) como una relación dialéctica de actividades, de actos humanos; sale del mito como un cuadro armonioso de esencias. En la publicidad de los laboratorios no se trata de explicar ninguna realidad (ni sociomédica, ni terapéutica) se trata de comprobar la eficacia de acción del medicamento. El mito publicitario tiene entonces una doble función: designa e informa, hace comprender e impone. La publicidad no esconde ninguna realidad sino la deforma. El vínculo que une la forma y el contenido del mensaje publicitario es esencialmente una relación de deformación que se sintetiza en la significación.

El médico como cualquier consumidor queda atrapado externa e internamente dentro de esta dinámica de la publicidad, y si bien no es comprador directo es el principal difusor del mito que encierra el medicamento.

La conducta prescriptiva y el espacio de la consulta

Dosis: la que el médico señale.

En la conducta prescriptiva convergen una trama de influencias y determinaciones, entre ellas factores sociales e ideológicos que tienen que ver con la imagen que la sociedad construye del médico. Se establece una dinámica que se retroalimenta entre la orientación prescriptiva medicamentosa del médico y las necesidades y comportamientos consumistas del paciente. La receta no escapa entonces a las reivindicaciones del enfermo: el medicamento, como terapia relativamente barata y eficaz, permite una recuperación rápida.

Si bien no pretendemos abarcar en este estudio el consumo global de fármacos como tal y sus influencias, debemos sin embargo, tener en cuenta la actitud del paciente frente a la conducta médica en el momento prescriptivo. A partir de la prescripción médica, el enfermo reconstruye un diagnóstico adaptándolo a sus propias representaciones de la enfermedad. La falta de prescripción obligaría al médico a compensar estas funciones por otros recursos: su tiempo, su paciencia, y su aptitud para explicar, y hacer comprender.

Este esquema de conducta dentro de la consulta no difiere mayormente de un consultorio privado a uno público. Es evidente que las urgencias y ansiedades que provoca la enfermedad no son las mismas en pacientes de distintas clases sociales. Sin embargo los médicos tienden a unificar su práctica y sus valores de referencia, cualquiera sea el enfermo que tengan frente a ellos. Esta tendencia nos remite no solamente a otras expectativas sociales igualmente unificadas y homogeneizadas en la práctica médica sino también a un mecanismo de econo-

mía psíquica : el hábito. El médico y el paciente buscan una lesión orgánica o una disfunción como causa última de la enfermedad y acuerdan en la necesidad de aplicar un tratamiento. Por variadas que sean las demandas, se mantiene una cierta homogeneidad en las respuestas médicas.

La sumisión de los enfermos ante la autoridad médica, se apoya en la imagen del médico como un hombre que sabe lo que nosotros no sabemos, cura el dolor y la enfermedad. En el momento de la prescripción ese saber y esa capacidad de curación se sintetizan en los nombres -ímágicos?- que se inscriben en la receta. Los medicamentos son una prolongación del poder curativo del médico, y como ya se ha insistido, se han convertido casi en el único recurso terapéutico utilizado. Más allá de las determinantes autónomas de la actitud consumista del paciente, la prescripción induce al consumo y a la automedicación. El criterio selectivo de medicamentos por parte de la población está influido por el del médico, si bien en esta conducta autoprescriptiva también intervienen otros factores.

El medicamento, al mismo tiempo que es un instrumento de institucionalización del consumo, ocupa también un lugar en las estrategias del médico en el contexto de la relación con el paciente. El diálogo singular se abrevia por una intervención instrumental que, siendo técnica es portadora de una eficacia y de un prestigio autorizados por el progreso científico inherente a cualquier producto farmacéutico.

Muchos padecimientos evolucionan espontáneamente hacia la curación, y muchas veces a pesar de los tratamientos. La conducta prescriptiva no permite la utilización de otras terapias alternativas a

la medicamentosa, como por ejemplo simplemente dar tiempo al organismo del paciente a que responda ante la enfermedad. En consecuencia muchas de las prescripciones no estarían justificadas desde el punto de vista científico y aumentan en forma directa la morbi-mortalidad iatrogénica, y los costos al paciente, ya sea en forma directa o a través de una institución de seguridad social.

Una parte nada despreciable de las manifestaciones clínicas tienen un origen psicosomático, expresión externa de problemas imposibles de resolver tanto a nivel colectivo como individual. En la consulta el médico debe enfrentar conflictos que se alejan del terreno estrictamente clínico y ante las demandas de solución del paciente, la receta aparece como una respuesta efectiva y tranquilizadora. Por su formación científicista el médico, con frecuencia, no tiene suficientes elementos para enfrentar problemáticas que exceden esta perspectiva. En el caso de las instituciones sociales, no hay tiempo para escuchar las demandas del paciente, el promedio de 7 minutos por consulta para la atención de cada enfermo imposibilitan materialmente la dedicación del médico (20). Nuevamente la prescripción al final de la consulta soluciona este dilema entre el tiempo disponible y la atención al paciente, y el promedio de 2.3 medicamentos por receta está indicando el abuso que se hace de este recurso.

Necesidad de eficacia

Uno de los puntos convergentes entre las expectativas del médico y del paciente, y tal vez el más importante, es la noción de eficacia que se traduce en la prescripción de medicamentos enérgicos más que

en la búsqueda de precisión en el diagnóstico. La prescripción de otro tipo de instrumento como los análisis clínicos, por ejemplo, son en general rechazados ya que implican la incapacidad de un diagnóstico clínico más rápido. Muchas veces el diagnóstico tiene una función de referencia y de eliminación más que de determinación, y raramente es considerado como una prueba de eficacia terapéutica. Por ello, la prescripción de antibióticos relativamente poco peligrosos y de amplio espectro que no presentan influencias negativas a corto plazo satisfacen las expectativas de eficacia de ambas partes. Los medicamentos sintomáticos y los de acción local también responden a los requerimientos de eficiencia. Este tipo de fármacos son complementarios de la medicación central y la forma en que se prescriben denota un comportamiento estereotipado y de reflejos adquiridos por parte del médico.

No se cuestiona aquí la aplicación de medicamentos de probada actividad e inocuidad que constituyen un valioso instrumento para la prevención y el tratamiento de diversas enfermedades, con la consiguiente reducción de la morbilidad general. Lo que es innegable es que no existe proporcionalidad entre los gastos derivados del consumo de productos farmacéuticos y el mejoramiento de la salud de la población, y que cualquier medicamento, incluso los que han sido objeto de experimentación suficiente, pueden ocasionar o agravar enfermedades si se utilizan en ciertas personas y bajo determinadas condiciones. Ha sido comprobado además (21), que un gran porcentaje de los medicamentos consumidos tienen un dudoso valor terapéutico.

El exceso de medicamentos prescritos y la potencial iatrogenia que éllo implica, no crean inseguridad en el paciente ya que por el contrario prevalece el sentimiento que la abundancia no puede hacer daño. La utilización de drogas "sobre-efectivas" -son las que poseen

por ejemplo una ventaja del 5% en relación con otra alternativa, pero cuesta 100% más), son también un signo de este comportamiento. Se recetan "elefantes para aplastar hormigas".

Para el médico resulta fundamental tener a su disposición terapias eficaces que constituyen el principal instrumento de su estrategia global. El medicamento desempeña aquí un papel primordial, en tanto que representa una ciencia y una técnica farmacéutica que se substituyen a la ciencia médica: la buena medicina se resume en el buen médico y buen médico es el que prescribe bien.

La novedad terapéutica, el último medicamento que aparecen en el mercado, demasiado reciente aún para haber cumplido con las promesas de la propaganda de lanzamiento, será el instrumento ideal para satisfacer la necesidad de eficacia. El impacto de la política de diferenciación de productos se traduce en una invasión progresiva de cierto saber farmacéutico sobre el saber propiamente médico del profesional. A falta de una enseñanza post-universitaria verdadera, el médico retiene el juego de oposiciones y de asociaciones que le proponen como nosografía los laboratorios a través de las indicaciones de sus productos. El nuevo medicamento se vuelve, por la organización de un conjunto de síntomas antes dispersos, en una nueva "indicación" terapéutica, reemplazando el diálogo del médico con el paciente y garantizando el prestigio profesional. De alguna manera el médico acepta la sustitución de un saber farmacéutico a un saber médico. Sustituye así un diálogo verdaderamente etiológico que se compensa por el refinamiento creciente de los efectos esperados de los medicamentos que permiten enfrentar casi todas las situaciones.

La existencia de terapias sintomáticas cuya acción es descrita en términos de supresión de síntomas fácilmente observables, de antibióticos de amplio espectro que permiten evitar los antibiogramas, por ejemplo, constituyen una ayuda particularmente apreciada por el médico. La búsqueda de la eficacia inmediata conduce a un cierto tipo de prescripción "de choc" caracterizada por el uso sistemático de antibióticos y el rechazo de terapias de espera.

La necesidad de eficacia y rapidez en la curación de las enfermedades por parte del paciente, responde a condicionamientos también externos que inducen a este comportamiento. Los procesos mórbidos de la población trabajadora, como señalamos en el capítulo I, se relacionan estrechamente con las condiciones de vida y de trabajo. Las posibilidades de enfermedad en estos sectores sociales son más frecuentes y generan una gran inseguridad por temor a la pérdida del puesto de trabajo. El medicamento aparece, entonces como la vía más directa y efectiva de curación.

La medicina que se practica dentro del modelo médico hegemónico, es de tipo curativa, a la que se dedican la mayoría de los recursos, dejando de lado las acciones preventivas. Entre 1970 y 1976 en las instituciones del sector salud, el volumen de consultas (con excepciones de atención médica excluyendo la hospitalización) fueron de más o menos una consulta por habitante por año, y de estas sólo correspondieron aproximadamente a la tercera parte de la población a consulta de primera vez, lo que demuestra la insuficiencia de los servicios médicos actuales. Generalmente las instituciones dan de 2.5 a 3 consultas subsecuentes por cada primera vez, salvo el ISSSTE y la Secretaría

de Salud, cuyo volumen de subsecuentes es menor que las de primera vez. Esto nos da una idea del estilo de atención médica que se practica en estas instituciones. La población derechohabiente que acude a estos servicios de salud, en su gran mayoría trabajadores de la industria, del campo, del estado y desocupados urbanos, reciben una atención médica fuertemente orientada hacia la farmacoterapia, que parece resolver rápidamente y con ahorro del tiempo de consulta, los problemas de salud del paciente y su reincorporación inmediata al lugar de trabajo.

De esta manera se articula la racionalidad convergente entre la producción, la demanda y prescripción de medicamentos y el proceso de mantenimiento de la fuerza de trabajo y las necesidades de reproducción del capital.

Patrón prescriptivo

Las formas particulares de articulación entre la medicina, la IF, la profesión médica y los pacientes explicarían el surgimiento del proceso de medicalización. Este proceso que se advierte en nuestras sociedades, se refiere a la intervención cada vez mayor, de las instituciones médicas en la vida de las personas favoreciendo

el statu quo. Incluso los problemas claramente vinculados con el modo como la sociedad produce y distribuye la riqueza, son rotulados como "enfermedad" y, como tales, transferidos a la órbita de los médicos y de la medicina, se deja de lado la propuesta de cambio social como "terapia efectiva" para dichos problemas. El patrón de demanda y prescripción de medicamentos nos revela claramente esta realidad.

¿Quién y cómo interviene en la construcción de este patrón (22)? Es aquí donde se debe destacar el papel articulado que juegan tanto la IF a través de su estrategia de producción, distribución y comercialización como la propia práctica médica. Pretender que la IF hace lo que quiere con los médicos sería un error. El condicionamiento exterior que imponen los laboratorios tiene efecto sólo porque se adapta perfectamente a cierto condicionamiento interno del ejercicio dominante de la medicina.

Si bien el análisis que realizamos en este apartado no se fundamenta en un trabajo de campo, el recurso a fuentes secundarias nos permitirá, sin duda, establecer las características principales del patrón prescriptivo. Para ello consideraremos en primer término el volumen de ventas por submercados terapéuticos y un estudio realizado sobre patrón de consumo por A. C. Laurell y colaboradores en tres diferentes colonias de D.F. (23). Estos dos estudios nos dejan ver, de alguna manera, las características del consumo de fármacos tanto a nivel de particulares como de los derechohabientes de las instituciones de salud. Los datos obtenidos a partir de ambos análisis nos permiten sin embargo, llegar a algunas conclusiones interesantes, ya que el patrón de consumo refleja en gran medida el patrón prescriptivo.

Además utilizaremos los resultados de una encuesta que se hizo en 1978 en clínicas del IMSS; y finalmente analizaremos diferentes aspectos de la prescripción de antibióticos, tomando como base una muestra en dos clínicas pertenecientes al Programa IMSS-COPLAMAR que utilizan el Cuadro Básico de Medicamentos.

"Este medicamento es de empleo delicado.
Su receta requiere receta médica."

Los medicamentos de mayor venta en México, basandonos en los datos de los cuadros II y III, presentan ciertas incongruencias con las necesidades impuestas por la morbi-mortalidad de la población mexicana señaladas en el capítulo I. Para los años 1976 y 1977, las cinco primeras clases terapéuticas representaban el 40.9 y 68.9% respectivamente, es decir que cubrían la mayor parte del consumo de la población. En estos cinco submercados encontramos: los antiinfecciosos, los medicamentos para el aparato digestivo y el metabolismo, las vitaminas, los medicamentos para el aparato respiratorio (antitusígenos y antigripales), los antiparasitarios, los analgésicos, los alimentos generales (se refiere a las preparaciones de nutrientes infantiles que se venden en farmacias) y los medicamentos para el sistema nervioso central.

Estos medicamentos si bien responden en líneas generales al perfil patológico de la población presentan algunas distorsiones. El caso de los antiinfecciosos merece una especial atención, no sólo por ser uno de los grupos de mayor porcentaje de ventas para los dos años, sino también por responder a las necesidades de morbimortalidad de la sociedad mexicana. Los antibióticos que más se consumen son (cuadro IV): la ampicilina y similares (30% de la venta total del grupo) superando a los otros antibióticos por un margen significativo; macrólidos y similares; y las tetraciclinas y asociados. Las ampicilinas vinieron a sustituir en gran medida a las tetraciclinas y cloranfénicos que

CUADRO 11

LOS DIEZ PRIMEROS GRUPOS TERAPEUTICOS DEL MERCADO MEXICANO

Grupo Terapéutico	% del mercado	% Evolución 76/75
1. Antibiótico vfa general	18.7	+ 23
2. Vitaminas	7.2	+ 13
3. Antitusígenos antigripales	6.5	+ 30
4. Alimentos generales	4.5	+ 19
5. Analgésicos	4.0	+ 23
6. Hormonas sexuales + estimulantes genitales	4.0	+ 11
7. Antiinflamatorios y Antirreumáticos	3.1	+ 28
8. Psicolépticos	2.6	+ 5
9. Antidiarreicos + antisépticos intestinales	2.3	+ 9
10. Antiinfecciosos ginecológicos	2.2	+ 15

Fuente: International Marketing Service 1976. Pharmaceutical Market-México.

Publicado por IMS, A.G. ZUG, Suiza.

Tomado de: Mohar Betancourt, O. "Panorama del consumo de medicamentos en México". Foro sobre empresas multinacionales y transferencia de tecnología". México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1979, p. 51.

CUADRO . III

MERCADO POR CLASES TERAPEUTICAS MEXICO 1977 (Sept. 76 - Sept. 77)

No. Orden	CLASE TERAPEUTICA	UNIDADES	VALORES	%
	MERCADO TOTAL	364,344,900	8,648,240,000	100
1	Digestivo y Metabolismo	77,150,200	1,848,804,000	21.4
2	Antiinfeccioso	62,467,400	1,776,817,000	20.5
3	Aparato Respiratorio	54,836,400	808,798,000	9.4
4	Sistema nervioso central	34,903,900	809,339,000	9.4
5	Genitourinarios y hormonas sex.	22,250,100	710,350,000	8.2
6	Dermatológicos	33,974,200	527,352,000	6.1
7	Varios	21,368,000	523,371,000	6.1
8	Cardiovascular	12,911,400	498,190,000	5.8
9	Aparato locomotor	15,174,700	410,575,000	4.7
10	Parasitosis	5,814,700	160,824,000	1.9
11	Organos de los sentidos	11,700,200	168,351,000	1.9
12	Hormonas	3,609,500	156,503,000	1.8

FUENTE: IMS, 1977.

International Marketing Service 1977. Tomado de: Crevenna Pedro y otros. op. cit. p. 65

CUADRO IV

LOS PRINCIPALES SUBGRUPOS DEL GRUPO TERAPEUTICO DE LOS ANTIBIOTICOS

Subgrupos Terapéuticos	% del grupo de antibióticos.	% Evolución 76/75
1. Ampicilina y similares	29.5	+ 22
2. Macrólidos y similares	16.4	+ 26
3. Tetraciclinas y asociados	13.2	+ 4
4. Otras penicilinas	10.4	+ 34
5. Cefalosporinas	6.4	+ 37
6. Clorafenicol y asociaciones	4.0	+ 8
7. Asociaciones Trimetoprim y similares	3.5	+ 23
8. Asociaciones penicilina + estreptomicina	0.8	+ 39
9. Otros	15.7	+ 31

Tomado de: Mohar Betancourt, O. Op. cit. p. 52

se usaban a principios de los 60. Sin embargo, el alto consumo de cloranfenicol, es un fenómeno alarmante. En EEUU por ejemplo, este antibiótico se fomenta sólo para algunas infecciones de fiebre tifoidea y cierto tipo de meningitis. Se informa a los médicos que este medicamento puede causar anemia aplásica grave o mortal, además de otros trastornos sanguíneos. En México hay una cantidad de medicamentos que constienen en su formulación este antibiótico y las indicaciones no sólo incluyen las enfermedades antes mencionadas, sino también amigdalitis, faringitis, tosferina, abscesos, gonorrea, neumonía, y colitis ulcerativa. En general se divulgan pocas o nulas precauciones o reacciones adversas (24). Este fenómeno de prescripción y consumo de cloranfenicol está demostrando una gran carencia del sistema sanitario del país, en el control de la información y la formación de su personal sobre el uso indiscriminado de determinados fármacos.

La Lincomicina y Eritromicina, los macrólidos, a pesar de tener una acción bacteriostática y bastantes reacciones colaterales se venden mucho en México. La Lincomicina ha sido retirada del mercado de varios países, y representó el antibiótico con marca comercial más vendido en 1976.

Las tetraciclinas se expiden en gran escala y numerosas combinaciones. Esto refleja el bajo nivel técnico de los médicos, ya que hay otras mejores opciones. La prescripción de antibióticos influye enormemente en la automedicación puesto que es muy elevado el nivel de consumo de este antibiótico. Se reconoce en estos casos, la estrategia de comercialización de las compañías farmacéuticas. Por ejemplo, en el caso de las tetraciclinas, la propaganda ya no se da a los médi-

cos en lo fundamental sino a nivel popular y farmacia. Las cefalosporinas, al igual que la lincomicina, tienen un espectro de acción similar al de la penicilinas, inclusive estas últimas con una estructura química muy semejante a aquellas. La diferencia está en los niveles de toxicidad que casi no se conocen para la penicilina, con la desventaja para los otros antibióticos de tener un precio mucho mayor.

Entre los medicamentos de mayor venta encontramos que la presencia de remedios sintomáticos (la mayoría de los designados con el nombre de digestivos y antiácidos, anticolinérgicos, los analgésicos, los antitusígenos, las vitaminas, y otro tipo de paliativos) es muy elevada. Los antitusígenos, los espectorantes-balsámicos y los descongestionantes nasales ocupan casi las tres cuartas partes del submercado de medicamentos para el aparato respiratorio. Los vitamínicos ocupan un lugar importante en las ventas totales y las combinaciones de B1, B6 y B12 representan el 28.6% y los polivitamínicos el 24.1%. Las vitaminas son los medicamentos que más se recetan como placebos y tienen gran aceptación ya que crean la ilusión de mantener fuerte o recuperar el organismo desgastado por las condiciones de existencia.

Llama la atención que los antiparasitarios tengan una posición tan relegada en las ventas totales mientras que las enfermedades parasitarias son tan frecuentes en el perfil epidemiológico de la población.

En el estudio realizado en tres colonias de distinto nivel social de la ciudad de México sobre consumo de medicamentos se confirmó que la acción terapéutica más utilizada, en más de un 90% de los casos, en

los tres grupos sociales urbanos investigados (familias de zonas residenciales, de colonias intermedias y colonias populares), es la farmacológica. A la utilización del medicamento se llega en más de un 70%, por la atención médica profesional en algún momento de la enfermedad. Aunque en las colonias populares el porcentaje de automedicación es mayor en general el acceso al fármaco o mejor dicho el patrón de consumo y la incitación al consumo esta determinada por la prescripción médica.

Por otra parte el consumo de medicamentos de patente es el predominante y sólo o junto con otros tratamientos en un 90% aproximadamente. El medicamento de patente ha desplazado a otros remedios, principalmente a la herbolaria tradicional. En las clases populares urbanas se pierde paulatinamente el conocimiento de esta medicina tradicional, aunque es usada con frecuencia. Este proceso es más lento en las zonas rurales y sobre todo en estas zonas es más compleja su adaptación a la medicina científica si bien también ha sufrido profundos cambios y distorsiones.

El uso similar de medicamentos en los grupos encuestados, no implica una similar forma de acceso. En las colonias populares las familias compran directamente los remedios que consumen y sólo un reducido porcentaje (20.4%) lo consiguen íntegramente de alguna institución. En las colonias intermedias la situación es parecida, pero las familias de las colonias residenciales muestran una situación distinta: la mitad de los medicamentos consumidos los obtienen de alguna institución. Estos porcentajes nos demuestran una gran ausencia de cobertura real de la población por parte de las instituciones como vimos ya en el capítulo I.

El promedio de medicamentos consumidos es bastante semejante en los distintos grupos, alrededor de 2.5%. En relación a la pertenencia o no a los sistemas de seguridad social, observamos que los derechohabientes no consumen más medicamentos que los no derechohabientes. Pero en cuanto al empleo múltiple de medicamentos, se ve en los tres grupos la misma tendencia; una proporción mayor de derechohabientes consumen tres o más medicamentos que los no derechohabientes.

Estas observaciones revelan que la prescripción de medicamentos por parte de los médicos de las instituciones es abundante o excesiva y que la difusión del patrón de consumo de medicamentos esta influido en gran medida por las instituciones. Esto se apoya también en el hallazgo que entre las familias de los asegurados se encontraron guardados más medicamentos que entre las de los no derechohabientes.

Una parte importante de los encuestados que había tomado recientemente medicamentos no podían especificar cuáles fueron, lo cual está demostrando el gran desconocimiento que se tienen de las acciones y efectos del fármaco. Esto tal vez se deba a la asimetría que se establece con el médico y el secreto del conocimiento que caracteriza la relación autoritaria médico-paciente. Además se podrían identificar otras determinantes que tienen que ver con la actitud del consumidor en general frente a la satisfacción inmediata que busca en el acto de consumir.

Los antibióticos son el grupo de medicamentos que más predominan en las tres colonias. El dato de morbilidad más frecuente fue el de infecciones de las vías respiratorias, que en su gran mayoría son de origen viral, lo cual nos muestra que hay una aplicación indebida y

abusiva del antibiótico. En estos casos la "droga de elección" es la penicilina y no los antibióticos de amplio espectro; éstos predominaron en las colonias residenciales e intermedias y en las populares es más común la penicilina.

Los analgésicos y antigripales vienen en segundo lugar de consumo en las tres colonias. Siguen en importancia en las colonias residenciales los antitusígenos y las vitaminas; en las intermedias los antiácidos y los tranquilizantes, y en las populares las vitaminas y los tópicos dermatológicos. Si se caracteriza a los medicamentos según su acción específica o sintomática, estos últimos son los que predominan sobre todo en las colonias populares.

En una encuesta (25) realizada en clínicas del IMSS, en 1978, se pudo comprobar que los médicos recetaron en promedio 2.3 medicamentos por cada consulta. Y una revisión de las recetas a pacientes adultos indicó que el tipo de prescripción era el siguiente: 1) tranquilizantes; 2) analgésicos; 3) antibióticos; 4) polivitamínicos. En la mayoría de los casos varios de estos o todos. En esta jerarquización de medicamentos prescritos se puede identificar claramente una concepción por una parte reparatoria e inmediateista de la conducta del médico. Pero por otra parte se verifica un aspecto la medicalización de la vida: los asegurados del IMSS son trabajadores de la mediana y gran industria, resulta revelador que el primer lugar de prescripción lo ocupen los tranquilizantes.

El peso de los antibióticos en la prescripción y consumo global de medicamentos es muy elevado y su uso abusivo ha tenido consecuencias veces dramáticas. En 1969, una epidemia de disentería de *Shigella* mató a 12.500 personas en Guatemala y dos mil en el Salvador: la enfermedad era resistente al cloramfenicol, a la tetraciclina, a la estreptomicina y a las sulfamidas. En 1972, murieron 6000 personas en México víctimas de una tifoidea resistente al cloramfenicol (26).

Los efectos económicos causados por el alto consumo de antibióticos constituyen una consecuencia para nada despreciable. El precio elevado de los medicamentos es factor importante en el incremento de los costos de la medicina moderna y en particular el gasto por antimicrobianos es considerable. No se tiene un registro que permita conocer cuánto se gasta en México por este concepto, pero tenemos los datos para el caso del IMSS que tan sólo en el mes de agosto de 1983 gastó \$ 8'065,121 en la compra de antibióticos (27). Si todos los pacientes que recibieron estos medicamentos en ese periodo hubieran necesitado realmente ese tratamiento, cosa que puede dudarse, tal vez pudiera justificarse ese gasto. Pero se sabe que la prescripción indiscriminada de antimicrobianos es muy alta (28), tanto en la práctica privada como en la hospitalaria. Los antibióticos de mayor prescripción en el IMSS en 1983 fueron (cuadro V): la eritromicina y la ampicilina. Se consumieron 6000 kg de cloramfenicol en un año, sólo en el IMSS si se hubiera recetado este antibiótico para casos de tifoidea, por ejemplo, la cantidad de 6000 kg estaría revelando un gran número de prescripciones injustificadas, con los consabidos efectos secundarios peligrosos.

CUADRO V

CONSUMO DE MEDICAMENTOS I M S S - 1983

	kg
Eritro	100.000
Ampicilina	60.000
Penicilina g. sólido	7.000
Penicilina G. benzatina	6.000
Cloranfenicol	6.000
Dicloxacilina	5.000
Gentamicina	300

Tomado de: Serafin, F. J. colaboradores "cambios en la sensibilidad de las bacterias, toxicidad e implicaciones económicas, como efectos indeseables del uso de antimicrobianos", Revista Médica del IMSS, Vol. 23, México, 1985, pp. 491-494.

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (actualmente en reconstrucción) se realizó una encuesta en agosto de 1982 (29) donde se demostró que el 17.5% de las prescripciones de antibióticos fueron injustificadas. Este desaprovechamiento de recursos afecta la economía de las familias pero también impide que se destinen a la medicina preventiva, además de exponer inutilmente al paciente que los consume a los efectos indeseables. Otra forma indirecta de encarecer el costo de la atención en los hospitales es la participación que tiene el antibiótico como coadyuvante de infecciones hospitalarias. Es conocido el hecho que el empleo de antimicrobianos es factor importante en la aparición de estas infecciones y aumenta en la medida en que su uso es más irracional. Estas infecciones tienen gravedad variable y de acuerdo a ella, el paciente debe prolongar su hospitalización y someterse a nuevos estudios y tratamientos con el consiguiente aumento en el costo de la atención.

Dos casos de uso y abuso de antimicrobianos

En base a una encuesta realizada en el medio rural en clínicas del Programa IMSS-COPLAMAR, para el periodo 1982-1983, recientemente publicadas (30), analizaremos la prescripción de antibióticos en dos casos específicos: las infecciones respiratorias agudas (IRA), y la diarrea infecciosa aguda (DIA).

Estas enfermedades son las más frecuentes en la población mexicana, tanto en el medio rural como urbano. La mortalidad por diarrea infecciosa aguda muestra una marcada tendencia a disminuir, principalmente en los países centrales que han mejorado sus condiciones bási-

cas de saneamiento. Uno de los factores fundamentales es el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas generales de vida de la población y la extensión de los sistemas de atención médica que cubren a distintos sectores ha jugado un papel secundario. La ampliación de los servicios de salud fue acompañado, sin embargo, de un frecuente uso indiscriminado de medicamentos, entre ellos los antibióticos, con el consecuente daño a la salud y dependio económico.

La encuesta que tomamos como referencia tuvo como principal objetivo estudiar la frecuencia y distribución de las infecciones respiratorias y digestivas agudas, así como la desnutrición en la población rural con acceso a los servicios médicos que otorga el Programa IMSS-COPLAMAR, desde el año 1979. En principio se pudieron confirmar las tendencias arriba anotadas, con características específicas dada la existencia del Cuadro Básico de Medicamentos.

En México la DIA ocupa el segundo lugar en morbilidad con 3'204,419 casos notificados durante 1985. Se calcula que cada niño menor de 5 años sufre de 3 a 5 episodios diarreicos por años. Aunque la mortalidad por DIA ha disminuido, todavía en niños menores de 5 años representa el 43% de las defunciones (31). A pesar de los programas implementados de hidratación oral, actualmente sólo en un 13% de los casos de diarrea aguda se utiliza este recurso terapéutico. Por el contrario el abuso que se hace de los antimicrobianos y antidiarreicos es considerable.

En la encuesta se analizaron 4.465 episodios de DIA, observados en 1.359 familias en 137 localidades rurales o semirurales, distribuidas en varias entidades de la República. El médico encargado de la unidad registró con visitas domiciliarias semanales, todos los episodios de DIA y el tratamiento prescrito.

Los médicos pasantes o médicos familiares prescribieron antibióticos en más de la mitad de los casos e hidratación oral con la fórmula de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este procedimiento se utilizó con mayor frecuencia e los niños de menor edad. La hidratación oral había sido motivo de una intensa campaña dos años antes. Si bien los resultados no son malos, debemos considerar que este tratamiento es el indicado en todos los casos, pues está demostrada su eficacia en la prevención y el tratamiento de la deshidratación, además del bajo costo y fácil utilización.

La DIA cura espontáneamente en la mayoría de los casos sin necesidad de tratamiento antibiótico. Este incluso puede prolongar la duración de la infección por Salmonella causar múltiples efectos indeseables y no modificar la duración de la enfermedad; ^{si tenemos esto en cuenta,} ~~la~~ ^{la} ~~prescripción~~ ^{prescripción} de antimicrobianos fue injustificado en un alto porcentaje (32). El tipo de antibiótico prescrito estuvo determinado por el Cuadro Básico (las drogas/⁹⁹Incluidas en este como la neomicina y la colmicina, fueron utilizadas sólo por excepción). En cambio se abusó de los antibióticos incluidos en el Cuadro Básico, principalmente ampicilina, furazolidona y el metronidazol. La furazolidona fue recetada siempre en forma injustificada y ya se ha retirado del Cuadro Básico pues no tiene indicación alguna para gastroenteritis

Si bien la población estudiada no puede ser considerada como representativa de todas las zonas rurales del país, ni de la población general podemos considerar que los hallazgos tienen cierto significado. Por otra parte debemos tener muy en cuenta que gran parte de la población encuestada (o toda) no fue sino hasta fecha reciente, en el año 1979, que tuvo acceso a servicios médicos y a medicamentos de patente por los cuales no pagan con dinero, sino con trabajo comunitario. Es importante considerar este factor como condicionante en el alto requerimiento de medicamentos por parte de los pacientes, ya que se tiene la visión que el acceder a la salud por medio de las instituciones, se relaciona con el consumo y prescripción de medicamentos. Los familiares y pacientes ejercen mayor presión sobre el médico, para que prescriba medicamentos en todo episodio morboso. El médico fácilmente cede ante esta presión, por disponer de un Cuadro Básico de medicamentos, generalmente bien abastecido.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son el principal motivo de consulta en casi todos los países y una de las principales causas de hospitalización y de muerte en México, sobre todo entre las clases populares. A pesar de su elevada frecuencia, de su fácil identificación clínica y de la familiaridad con que las manejan los médicos, el personal de salud y la población en general, son frecuentemente tratadas en forma errónea ya que se utilizan principalmente antibióticos.

En la encuesta se presentaron 8002 episodios de IRA. En la mayoría de estos casos se prescribió cuando menos un medicamento, básica-

mente antibióticos, antihistamínicos, y alguna droga antitérmica. En casi todos los síndromes clínicos se prescribieron antibióticos con una frecuencia superior al 85%. Los antibióticos más usados fueron la penicilina, eritromicina y ampicilina.

Los comentarios hechos en el caso anterior son también válidos en este, ya que se trata de la misma población entrevistada, y de una respuesta similar por parte de los responsables de salud de la clínica rural. En el 87% de los casos se prescribieron medicamentos, porcentaje muy elevado si se lo compara con el 47.5% del medio urbano. Se recetó antihistamínico en la mitad de los casos; este medicamento es de poca utilidad terapéutica y de elevado costo, su inclusión en el Cuadro Básico debería ser reconsiderada. Se recetó antibiótico también en la mitad de los casos, cifra que se considera muy alta, dado el origen viral de muchos padecimientos del aparato respiratorio. Los pacientes encuestados se curaron en el 95% de los casos y esta baja letalidad se debe atribuir a la evolución natural de la enfermedad en estudio y no al tratamiento medicamentoso.

La prescripción de medicamentos en infecciones respiratorias agudas muestra un abuso sobre todo en cuanto a los antihistamínicos y los antibióticos, debido fundamentalmente al desconocimiento de sus indicaciones, efectos colaterales y eficacia. La posibilidad de recetar sin necesidad de que los pacientes paguen favorece esta tendencia. Por otra parte la población atendida por el Programa IMSS-COPLAMAR, espera y pide que el médico prescriba medicamentos en todo episodio morboso. La existencia del Cuadro Básico reguló el uso de los antibióticos evitando la utilización de aquellos que no están indicados en

este tipo de infecciones y cuya prescripción a nivel de la medicina privada es muy frecuente, tales como las cefalosporinas, rifampicina, lincomicina, clindamicina y otros. Pero por otra parte el Cuadro B² Básico favoreció el uso de antihistamínicos, cuya eficacia es muy reducida.

A partir de los diferentes estudios citados, logramos una aproximación somera al perfil prescriptivo predominante en México que si bien es general nos permiten confirmar en parte, los planteos que desarrollamos en este estudio.

El patrón prescriptivo se encuentra desfasado en relación al proceso salud-enfermedad general de la población presentado en el capítulo I. Si bien los antibióticos son los medicamentos más recetados y por ende consumidos, se advierte un abuso y mal uso de este fármaco. Por otra parte el lugar privilegiado que ocupan las medicinas sintomáticas nos demuestra la necesidad de recuperación rápida del paciente que debe volver al trabajo y la actitud del profesional ante la enfermedad. El alto consumo de vitaminas y tranquilizantes tanto a nivel particular como institucional, nos está indicando que el patrón prescriptivo no sólo está distorcionado con respecto a las necesidades reales de la población sino que responde a los intereses de los productores de medicamentos. A pesa de que muchas veces la población tiene conocimiento de la existencia de otras fuentes de obtención de vitaminas diferentes de los medicamentos, se consumen grandes cantidades de fortificantes y vitaminas, ya que se tiene / ^{la convicción} de las ventajas y necesidad de consumir productos que van a mejorar su salud (32). "En los países periféricos, con elevada prevalencia de desnutrición, las

vitaminas medicalizan, irracionalmente desde un punto de vista técnico, el hambre" (33). Tal como sucede con los tranquilizantes, las vitaminas ilustran de manera ejemplar un tipo de prescripción que no tiene relación con las atribuciones propiamente farmacológicas o terapéuticas de los medicamentos.

La expansión del consumo y los patrones de prescripción, reflejan en cierto sentido, la transformación potencial de otras demandas sociales ligadas a las condiciones de trabajo, de vida familiar, de dificultades en las relaciones interpersonales, en demanda de cuidado médico. La utilización de medicamentos que carecen de atributos curativos -tranquilizantes (el medicamento más recetado según la encuesta en el IMSS), vitaminas, analgésicos- revela el patrón prescriptivo imperante entre médicos pero también entre los pacientes. Se trata de una medicalización de los problemas que los individuos enfrentan como fenómenos colectivos, propios de las sociedades capitalistas. Las desgracias fisiológicas, anteriormente consideradas naturales, son colectivamente medicalizadas para que sea ofrecido a los que sufren un remedio moderno y normalizador.

Se tiene la convicción que para todos los males existe un remedio, una intervención técnica de la medicina capaz de solucionar problemas que se traducen por alteraciones somáticas. La fatiga, el "nerviosismo", las ansiedades y tensiones provocadas por las relaciones de trabajo y sociales en general, son ordenadas como "enfermedad" por la práctica médica. Uno de los puntos de apoyo de este proceso es la prescripción de medicamentos que siendo específicos y diferenciados, "materializan" un conjunto difuso de síntomas y sensaciones de males-

tar. Esto se traduce en las prácticas de automedicación que representan conductas socializadas por la historia personal de contactos con los servicios médicos, privados o institucionales. Se supone que lejos de constituir una práctica alternativa, sería una práctica complementaria derivada de un proceso de autodiagnóstico y de intervención instrumental sobre el propio cuerpo. Existe ya un reconocimiento generalizado respecto al lugar ocupado por el médico como principal difusor del consumo de fármacos.

NOTAS CAPITULO III

(1) Siverman, M. The Drugging of the Americas: How Multinational Drug Companies Say One Thing About Their Products to Physicians in the United States, and Another Thing to Physicians in Latin America, Berkeley California, University of California Press, 1976.

(2) Las escuelas o facultades de medicina en América Latina se estructuraron según el modelo flexeriano. El informe Flexner data de 1909 y produjo una profunda transformación en la práctica médica norteamericana. Se trató de consolidar a la medicina alópata a través de los organismos institucionales, como la asociación médica norteamericana, y las escuelas de medicina, desplazando oficialmente a las demás prácticas que se habían desarrollados paralelamente con aquella, como es el caso de la homeopatía, la quiropraxia, etc. La práctica médica alópata se erige en la única medicina científica y con derecho a ejercicio. Esta transformación en el desarrollo de la práctica y formación médica influyó en la concepción del cuerpo, en la investigación y también en la forma del diagnóstico y la terapéutica.

(3) Deleule, D.; Guery, F. El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista. Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1975, p. 83.

(4) Op. cit., p. 86.

(5) La enseñanza de la farmacología esta totalmente desvinculada de del área de clínica, y de la enseñanza terapéutica en ciclos superiores. Se le asignan de 100 a 128 horas de teoría más 48 horas de práctica, dado un total de 148 a 176 horas. La orientación del programa

es a enseñar aspectos generalmente de Farmacología y aplicaciones clínicas aceptadas en el presente. Ver Crevenna, Pedro y otros, op. cit. p. 114.

(6) Según una revisión de los planes de estudio de la carrera de medicina en Mexico, el estudio de la farmacología se ubica en el primer tercio de la carrera o en la mitad. Planes de estudio de la carrera de Medicina en Mexico, México, ANUIES, 1983.

(7) Dr. Faulkner, frente a la Comisión investigadora de la Industria Farmacéutica del Subcomité sobre Monopolio del Congreso de los EEUU. Citado por Motta Cruz, Cristina. Prescripción y consumo de medicamentos. Venezuela, Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", Escuela de Medicina, oficina de Educación Medica. 1979.

(8) Laporte, J. R. y col. "Los medicamentos en el sistema de salud español". Cuadernos Medico Sociales. N° 32. Rosario, CESS. 1985.

(9) Rawlings, M. D. "En favor de la sustitución genérica". Foro de la Mundial de la Salud N°5: 376,1984.

(10) Ejemplo del poder de mercado más allá de vencida la patente son el conocido caso del Librium y Valium que conservan una importante participación en el mercado italiano donde no se observa el sistema de patente.

(11) International Marketing Service. op. cit.

(12) Crevenna, Pedro y otro, op. cit. p. 86.

(13) Silverman, M. op. cit.

(14) En por lo menos cuatro países latinoamericanos, Colombia, Honduras, Panamá y el Salvador, esta publicidad claramente violaba la ley

nacional que establece una divulgación plena de las contraindicaciones. Una transnacional que ponía a la venta un fármaco de receta con frecuencia daba un tipo de información sobre este producto en México, un tipo diferente en Guatemala, y aún otras versiones en Ecuador, Colombia o Brasil. Silverman, M. op. cit.

(15) Lall, Sanjaya. "Dependencia..." en op. cit. p. 245.

(16) Entre las principales revistas se encuentran: Actualidades Médicas, Atención Médica, M. D. en español; Tribuna Médica, Semana Médica del Médico, El Médico, Medicina de Posgrado, Panorama Médico, Revista de Investigación Científica, Médico Moderno, etc.

(17) Dupuy, J. P.; Karsenty, S. L'invasion pharmaceutique, Paris, Seuil, 1974.

(18) El mercado farmacéutico está constituido por el mercado popular y el mercado ético. El primero se compone de las especialidades que pueden ser adquiridas sin receta y cuya divulgación se hace directamente, al público consumidor, generalmente, a través de los medios de comunicación de masas. El segundo es aquel cuyo principal agente divulgador es el médico como difusor de un patrón de consumo de medicamentos; en este mercado el farmacéutico también juega un papel importante en la automedicación.

(19) Hemos consultado para el estudio de la publicida textos de diversos autores entre estos destacamos los siguientes trabajos: Greimas, A. J. La semiótica del texto. Barcelona, Paidós, 1983; McQuail, Denis, Introducción a la teoría de la comunicación de masas, Barcelona, Paidós, 1985; Dogana, Fernando, Psicopatología del consumo cotidiano, Barcelona, Gedisa, 1984; De Ipola, Emilio, Sociedad, ideología y comu-

nicación, en Comunicación y Culutura N°6, México, 1979.

Sin embargo en la medida en que este apartado no pretende ser exhaustivo nos pareció conveniente seguir basicamente los análisis de Roland Barthes en Mitologías. México, Siglo XXI, 1983 (4ª edición). Esta elección no sólo la hicimos en virtud de su valor teórico sino también de su claridad metodológica.

(20) Crevenna, Pedro. "Alienación de la práctica médica. La influencia de las transnacionales en la Industria Farmacéutica", en op. cit. p. 141.

(21) En un estudio en España se llegó a la conclusión de que el 54.2% de todos los medicamentos consumidos en 1980 tenían un valor terapéutico aceptable, el 22% no tenían valor y el 20% tenían un valor inaceptable. Laporte, J. R. "Towards a healthy use of pharmaceuticals", en Development and dialogue, Upsala, 1985: 2, p. 49.

(22) Por patrón prescriptivo entendemos los medicamentos de mayor volumen de ventas, que suponemos que son los más recetados; y los medicamentos más recetados en las instituciones.

(23) Laurell, A. C.; Blando, Arcelia; Heredia, Alfredo. "El desarrollo urbano y los patrones de consumo de productos farmacéuticos" en op. cit. p. 116.

(24) Gereffi, Gary. Industria farmacéutica y dependencia en el Tercer Mundo. México, FCE, 1986. p. 206.

(25) Encuesta realizada en 1978 en clínicas del IMSS. Citado por Crevenna, P. y otros, op. cit. p. 90.

(26) Braeckamn, Colette. "Le tiers monde marché pour une foire aux médicaments inutiles ou meme dangereux, distribués sans controle" Artí-

Artículo periodístico.

(27) Serafín, F. y colaboradores. "Cambios en la sensibilidad de las bacterias, toxicidad e implicaciones económicas, como efectos indeseables del uso de antimicrobianos", Revista Médica del IMSS Vol 23, México, 1985, p.p. 491-494.

(28) Un estudio concerniente a la resistencia a los antibióticos fue conducido en el Hospital de Ipanema, un hospital típico de la clase media superior de Rio de Janeiro, durante la primera mitad de 1973. Se descubrió que el antibiótico en que más dinero se estaba gastando era también el menos efectivo. La ampicilina, en la que se hacía el 32% de los gastos totales en antibióticos del hospital (más de 50 000 dólares), estaba encontrando una tasa de resistencia del 70%. Ver Ledogar, R. P. Hambrientas de lucro, México, Diana, 1977.

(29) Anónimo. "Resultados de la Segunda Encuesta de 1982 sobre el uso de antimicrobianos en el hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social". Boletín informativo del Comité de Antimicrobianos del Hospital de Pediatría del CMN-IMSS N°9, México, junio, 1983.

(30) Gutierrez, G; M. Martinez; H. Giscafré; G. Gómez; A. Peniche; O. Muñoz. "Encuesta sobre el uso de antimicrobianos y de deshidratación oral en la diarrea infecciosa aguda en el medio rural mexicano", Epidemiología, Vol. I, N°5, México, mayo, 1985. pp. 66-71.

"Encuesta sobre el uso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas en la población rural mexicana". Epidemiología, Vol. I, N°3, México, marzo, 1986. pp. 33-39.

(31) Las condiciones de salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 1982.

(32) El consumo de vitaminas es uno de los mitos de la terapia moderna ya que se ha comprobado que la ingestión de estos medicamentos en cualquiera de sus presentaciones farmacéuticas es poco eficaz debido a que son excretadas en un 90-98% por vía urinaria y que este tipo de moléculas indispensables en pequeñas cantidades en la dieta del hombre y animales superiores son asimiladas con mayor eficiencia cuando se ingieren en su forma natural, o sea a partir de frutas, verduras, huevos, leche, etc.

(33) Barros, José Augusto. "Medicamentos: ¿uso o abuso?", Cuadernos Medico Sociales Nº34, Rosario, CESS, 1985, p. 48.

EPILOGO

En una sociedad donde la enfermedad es percibida ante todo como incapacidad para el trabajo, y en consecuencia es necesaria una cura rápida -es decir, quitar los síntomas más que restablecer la función biológica-; donde la conducta relacionada con la enfermedad participa de la esfera del consumo de productos industriales -desplazando el uso de medicamentos tradicionales-, la farmacoterapia es para la práctica médica el modo predominante de acción terapéutica. Es por ello que la tendencia a utilizar fármacos sintomáticos más que específicos se deja sentir sobre todo en las clases trabajadoras, que dependen del buen estado de sus condiciones físicas para vender una fuerza de trabajo que permite sobrevivir.

Sin embargo, no sólo los trabajadores resultan afectados por esta primacía de la farmacoterapia. Los diferentes grupos sociales, aun con patrones diferenciados de consumo, encuentran simbolizada en el medicamento la eficacia de la intervención de la medicina. El uso difundido, aunque en distintas proporciones según el sector social de que se trate, de antibióticos, vitaminas, tranquilizantes, analgésicos o antiácidos, permite observar diversas estrategias para la superación de condiciones de vida adversas; sin embargo, dichas condiciones ^{no sólo} no son modificadas por este medio sino que, al ser enmascaradas, dificultan la localización de los verdaderos conflictos del individuo en la sociedad.

Hemos intentado demostrar en este trabajo de qué modo el médico es el principal difusor del consumo de fármacos, y hemos visto cómo

su influencia se hace sentir tanto directamente -a través de la receta- como indirectamente en la medida en que legitima el consumo de drogas cuyo conocimiento inicial por el paciente dependió de él. Pero, al ocuparnos de la prescripción, ya habíamos señalado que la conducta prescriptiva es un elemento de equilibrio general del sistema y habíamos apuntado que sus determinaciones se vuelven una apretada malla de interrelaciones entre la lógica de producción de fármacos, la formación y práctica médica, y la actitud del enfermo frente a su propia enfermedad. Esto es esencial: no es posible aislar a la práctica médica de la lógica general que rige la sociedad: en una sociedad de consumo, el hombre se enajena, su cuerpo deviene fuerza de trabajo y su propia salud deviene mercancía. Es entonces cuando la medicina se hace cargo de que no haya fallas en estos procesos: así como debe garantizar que la enfermedad no disminuya la productividad, debe hacerse cargo también de que, en otro nivel, una rama importante de la industria -la farmacéutica- pueda realizar su producción.

A desentrañar este doble juego de determinaciones entre la práctica médica y la industria farmacéutica hemos dedicado estas páginas. No pretendimos agotar el tema, no hubiéramos podido hacerlo. Se trató, simplemente, de intentar ver cómo los medicamentos se convierten en los símbolos de una salud que sólo encuentra su verdadero lugar en los anuncios publicitarios; cómo la medicalización oscurece los condicionamientos sociales de la enfermedad, cómo engaña a los individuos su aparente eficacia científica y cómo, en tanto mercancía, los medicamentos realizan el valor y garantizan la acumulación de uno de los sectores más lucrativos del capital industrial.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- BARROS, José Augusto, "¿Medicamentos: ¿uso y abuso?", Cuadernos Médico Sociales, N° 34, Rosario, Argentina, CESS, 1985.
- BRAECKMAN, Colette, "Le tiers monde, marché pour une foire aux médicaments inutiles ou même dangereux, distribués sans contrôle", s.p.i., 1986.
- BARTHES, Roland, Mitologías, México, Siglo XXI, 1983, (4ª edición).
- BERLINGUER, G., Salud, ciencia y sociedad, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1981.
- , La reforma sanitaria en Italia, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 1983.
- BOLTANSKI, L., Los usos sociales del cuerpo, Buenos Aires, Ediciones Periferia, 1975.
- , El descubrimiento de la enfermedad, Buenos Aires, Ciencia Nueva, 1977.
- BUSH, P. J. y D. L. Rabin, "Who's using non-prescribed medicines", Med Care, N° 14, 1976.
- CANGUILHEM, G., Lo normal y lo patológico, México, Siglo XXI, 1982.
- CELIS, A. y Y. Nava, "Patología de la pobreza", Revista médica del Hospital General, vol. 33, N° 6, México, pp. 371-386.
- CHUDNOVSKY, Daniel, Empresas multinacionales y ganancias monopólicas en una economía latinoamericana, México, Siglo XXI, 1974.
- , "Patentes y marcas registradas en la actividad farmacéutica", Comercio Exterior, vol. 34, N° 6, México, 1984, pp. 497-502.
- CONTI, L., "Estructura social y medicina", Medicina y sociedad, Barce-

- industria farmacéutica argentina, Buenos Aires, Siglo XXI, 1974.
- KUMATE, J., L. Cañedo y O. Pedrotta, La salud de los mexicanos y la medicina en México, México, El Colegio Nacional, 1977.
- LALL, Sanjaya. "Los efectos de la tecnología avanzada en los países en desarrollo. El caso de la industria farmacéutica", Comercio Exterior, 1976.
- , "Price competition and the international pharmaceutical industry", Oxford Bulletin of Economics and Statistics, 1978.
- , Imprese multinazionali e concentrazione a livello internazionale: el caso dell'industria farmaceutica, en G. Guerini (comp.), La Concentrazione industriale, Milán, Franco Agnelli, 1979.
- , "La industria farmacéutica internacional y los países subdesarrollados", Foro sobre empresas multinacionales y transferencia de tecnología, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1979, pp. 185-228.
- , "Dependencia tecnológica e industria farmacéutica internacional. Un caso de estudio", Foro sobre empresas...op. cit., pp. 229-258.
- LAURELL, A. C. "Medicina y capitalismo en México", Cuadernos Políticos, N° 5, México, ERA, julio-septiembre de 1975, pp. 80-93.
- , "El proceso de trabajo y salud", Cuadernos Políticos N° 17, México, ERA, 1978.
- , "La salud-enfermedad como proceso social", Revista latinoamericana de salud N°2, México, Nueva Imagen, 1982, pp. 7-25.
- LAURELL, A. C., A. Blando, A. Heredia, A. Duarte, "El desarrollo urbano y los patrones de consumo de productos farmacéuticos", Foro sobre empresas...op. cit., pp. 116-136.
- LAPORTE, J. R. y otros, "Los medicamentos en el sistema de salud español", Cuadernos Médico Sociales N°32, Rosario, Argentina, CESS, 1985, pp. 49-57.

- LAPORTE, J. R. "Towards a healthy use of pharmaceuticals", Development and dialogue N° 2, Upsala, Suecia, 1985, pp. 49 y sgts.
- LEDOGAR, R. P., Hambrientas de lucro, México, Diana, 1977.
- LEVINGSON, Ch., Les truts du médicament, París, Seuil, 1974.
- LOZOYA, X., C. Zolla, La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México, México, Folios, 1983.
- LOPEZ Acuña, D. La salud desigual en México, México, Siglo XXI, 1980.
- MCQUAIL, D. Introducción a la teoría de la comunicación de masas, Barcelona, Gedisa, 1984.
- MENENDEZ, Eduardo, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia y otros, La salud de los trabajadores, México, Nueva Imagen, 1978.
- , "Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional", Cuaderno N° 32 de la Casa Chata, México, 1980.
- , "La automedicación y los medios de comunicación masiva", Cuadernos Médico Sociales N° 15, Rosario, Argentina, CESS, 1981.
- , Poder, estratificación y salud, México, La Casa Chata, 1981.
- , "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud", Revista centroamericana de ciencias de la salud, Costa Rica, mayo-agosto de 1981, pp. 65-90.
- MELAZZI, G., La acumulación de capital en la industria farmacéutica, 1960-1975. Tesis de Maestría, México, Facultad de Economía, División de Estudios de Posgrado, UNAM, 1980.
- MOLINA, R., La industria farmacéutica en México, México, CIIS, 1984.
- NAVARRO, V. La medicina bajo el capitalismo, Barcelona, Grijalbo, 1978
- NECESIDADES esenciales en Mésico. Salud, México, COPLAMAR-Siglo XXI, 1983 (2ª edición).

- MOTTA CRUZ, C., Prescripción y consumo de medicamentos, Venezuela, Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", 1979.
- OPS, Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las americas. Análisis y estudios de casos seleccionados. Publicación científica N° 473, Washington, 1984.
- . Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad", Washington, D.C., 1977.
- , "Las condiciones de salud en las Americas, 1973-1976", Publicación científica N° 364, Washington, 1978.
- PATEL, Mahesh, "Los costos de los medicamentos en los países en desarrollo y las políticas para disminuirlos", Comercio Exterior, vol. 34, N° 6, México, junio 1984, pp. 503-509.
- PENROSE, E., La economía del sistema internacional de patentes, México, Siglo XXI, 1974.
- PAREDES Lopez, O., "Consideraciones sobre la actividad de las empresas farmacéuticas en México", Comercio Exterior, vol. 27, N° 8, México, agosto de 1977, pp. 932-941.
- RAMIREZ, A., Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978), México, INEPLAN, 1978.
- REVISTA Guía del Consumidor: Guia del consumidor de servicios médicos y medicamentos, México, Instituto del Consumidor, 1979.
- REVISTA Latinoamericana de salud, numeros 1 y 2, México, Nueva Imagen 1981 y 1982.
- REVISTA centroamericana de ciencias de la salud, N° 19 y otras, Costa Rica, mayo-agosto 1981.
- REVISTA Salud Problema. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xo-

chimilco.

RAWLINGS, M. D., "En favor de la sustitución genérica", Foro mundial de la Salud Nº 5, 1984.

ROSH, G., J. Remp, Une enquête par sondage sur la consommation médicale Consommation 1, París, 1962, pp. 3084-3091.

SECRETARIA de Industria y Comercio. IX y X Censo Industrial, Industrias extractivas y de transformación, México, 1970 y 1975.

SECRETARIA de Programación y Presupuesto. X Censo General de Población y Vivienda, 1980, Resumen General Abreviado, México, INEGI, 1984.

SORIA, Victor, "Estructura y comportamiento de la industria farmacéutica en México", Revista Iztapalapa Nº 2, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, enero-junio de 1980.

SILVERMAN, M., The Drugging of the Americas, Berkeley, California, University of California Press, 1976.

TIMIO, M., Clases sociales y enfermedad, México, Nueva Imagen, 1979.

TECLA, J. A., Enfermedad y clase social (marco teórico), México, Instituto Politécnico Nacional, 1982.

UNCTAD, Estudio monográfico de la industria farmacéutica, Ginebra, Unctad, 1975.

WAITZKIN, H. y B. Waterman. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista, México, Nueva Imagen, 1980.

WIONCZEK, M., "Investigación y desarrollo de productos farmacéuticos en México", Comercio Exterior, vol. 34, Nº 6, México, Junio de 1984, pp. 520-525.