



## ALGUNAS IMPLICACIONES ECONÓMICAS SOBRE EL MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

Por Dra Lesbia Muro

Debatir sobre las implicaciones de orden económico relacionadas con el medicamento, supone la necesidad de destacar la interacción entre los actores sociales vinculados con la cadena de producción, distribución y consumo. Muchos factores prefiguran esta interacción: la participación diferencial del capital nacional y extranjero, los proveedores de materiales y equipos para la industria y las relaciones generadas en el terreno de un espacio singular que condicionan y canalizan las opciones de estos actores para el logro de determinados fines e

intereses, referidos tanto al ámbito de la organización como a las percepciones, expectativas y motivaciones de los individuos que, en función del lugar que ocupen en una estructura jerárquica

determinada y a la vinculación, influencia y participación en los niveles de decisión, tendrán marcada o poca injerencia en la orientación de las políticas a nivel nacional, local e institucional.

El medicamento tiene una doble significación: es un insumo del sector salud, sujeto a sus disposiciones y reglamentaciones, y un bien inscrito en la lógica del mercado, lo cual indica que su tratamiento y alcance en las políticas de Estado no son necesariamente cónsonos con los objetivos y funciones del Sistema de Servicios de Salud. En otras palabras y para ejemplificar lo antedicho, es necesario referirse a un nivel general donde intervienen otros actores y otras motivaciones que fundamentan las políticas públicas nacionales.

Hacia finales de la década de los 90' se evidencia en Venezuela una disminución de la tasa de crecimiento económico, con un aumento considerable de la deuda externa y un alto déficit presupuestario, el planteamiento central, para ese entonces fue el diseño de una serie de "reajustes económicos" –así llamados– que tendían a reducir la atención hacia áreas de interés

social: salud, educación, etc. En lo específicamente ideológico, la propensión a la no intervención del Estado en la empresa privada con la consecuente política de no regulación de actividades económicas (la apertura de la "libre empresa"), condujo a una serie de propuestas cuyo fin era evitar el máximo de restricciones a los procesos de comercialización, situación que favoreció a empresarios e industriales por cuanto permitió la ampliación de sus mercados potenciales y márgenes de ganancia. (Chirinos, 2014; Páez y Jiménez, 2016).

El neoliberalismo requería un "sacrificio inicial": limitar las acciones de interés social (en tanto significaban gasto público), dejando a amplios sectores de la población a merced del desempleo, la pobreza, la dificultad en el acceso a bienes y servicios.

*Cuando más innatural es la reglamentación (y la estructura de la cual es garantía) tanto más violenta y represiva, porque no responde a las necesidades (o sea a la contradicción natural) para las que es, aparentemente, instituida sino al mantenimiento del aparato que el reglamento tiende a encubrir (Basaglia, Castel y Carrido, 1975; p.170).*



Las fórmulas de atención en salud, se trataron como salidas supuestamente técnicas a requerimientos económicos observándose una evidente contradicción entre las políticas para la reforma económica y la satisfacción de las necesidades de salud de la población, contradicción que poco preocupaba al sector económico y mantenía en relativa oposición las directrices de la política oficial, pues, por una parte, el medicamento estaba considerado como un rubro más sujeto al “libre juego de la oferta y la demanda” (los antiguos Ministerios de Hacienda y Fomento); y por la otra, como un bien esencial para la salud de la población (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social), razón de ser de su reglamentación, comercialización y distribución, ajustándolas al saber farmacéutico y a una ética que debía mediar entre el interés privado y el bienestar social.

*Los políticos, profesionales y público en muchos países han considerado que un flujo libre de medicamentos sería un símbolo de calidad del sistema sanitario, sin prestar una atención suficiente a... la manera como son utilizados, tanto en términos de eficacia*

*como de seguridad (Laporte y Trogoni, 1983, p.106).*

El origen de tal suposición tiene su asidero en el criterio económico de rentabilidad. La marcada eficiencia, pregonada durante la época referida, se convirtió en una respuesta técnica a exigencias económicas. En ese uso de lo técnico radica su papel como ideología, aludiendo a comunidad de intereses, panacea “óptima utilización de recursos”. La intención no es objetar la utilización adecuada de recursos y el criterio de eficiencia, sino destacar la necesidad de priorizar los requerimientos de salud de la población en función de la eficacia del sistema sanitario frente a las condiciones de funcionamiento del mercado.

A partir del año 2000, con la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la lógica que ha privado en las intervenciones del Estado están dirigidas a la satisfacción de las necesidades sociales, una política de medicamentos que pretenda lograr acceso con equidad, calidad y universalidad, sólo es viable cuando las políticas sociales sirven de directriz a la política económica. Resulta una antinomia considerar la equidad en el acceso a los medios para superar las

necesidades vitales de la población en el marco de una economía de mercado.

### La industria Farmacéutica.

La industria Farmacéutica, al igual que otras empresas manufactureras, tiene como objetivo principal la obtención de beneficios a través de la venta de sus productos, esa es su lógica y principal motivación; la salud para este sector, es un canal que hace posible la acumulación, la plusvalía, la obtención de un beneficio económico a partir del desarrollo de la rama productiva donde concentra sus actividades: la producción y comercialización de medicamentos (Torres, Herrera y Ciriaco, 2017; Terán, 2014, Pérez, 2004).

La concreción más acabada del modo de producción capitalista, se podría afirmar que tiene expresión en esta industria, por cuanto el cuerpo humano, en su dimensión colectiva e individual, constituido como cuerpo sociocultural (la vida humana), está a merced de su dinámica productiva. Producir medicamentos para atender diversas enfermedades y que haya dado resultados importantes en el control de muchas de ellas, es lo que se “ve”, es la apariencia, el rol que cumple, una función regulada



por el Estado (con diferentes matices, de acuerdo con cada contexto de que se trate) con tensiones y conflictos esperados (sobre la base de los costos crecientes, limitación de recursos, investigación de alternativas terapéuticas, aumento progresivo y necesario de precios), cuyos resultados condicionan su crecimiento y permanencia en el todo social. Sin embargo, la base de esa dinámica (lo que no es visible), es decir; el movimiento de las fuerzas productivas y las relaciones de producción consecuentes que direccionan el marco normativo dirigido a mantener el modelo económico, éste se proyecta

en cada individuo dando por sentado la inmanencia de ese modelo, es en ese proceso de sujetación donde la industria del medicamento (sobre todo la transnacional) tiene mayor alcance en la reproducción del modo de producción capitalista. Poseedora de todos los medios posibles: conocimientos, procedimientos de formulación, tecnologías, equipos, maquinarias, materia prima, informática, canales de telecomunicación; delimita su vínculo con las fuerzas productivas (obrero, técnica y profesional) y deja al Estado al servicio de esa relación, objetivada en decisiones sobre regulación,

subsidios, financiamiento, gasto público, protección a la propiedad industrial, sistema de patentes, acuerdos para el libre comercio, apoyo a la invención (“esperanza milagrosa”), directamente vinculada con un propósito clásico de la salud pública: la prolongación de la vida). La hegemonía del modelo biomédico en la organización de los servicios de salud e incluso, las diferencias en el acceso (servicios concentrados donde el mercado es más lucrativo) responde a estos intereses.

*Son esas empresas las que se han transformado en las grandes defensoras de la*



tecnología médica “científica”, llevadas por la necesidad de mantener esa acumulación de capital imprescindible para su desarrollo. Pero..., hay que destacar que intervienen aquí un desplazamiento de posiciones de dominación entre los distintos grupos sociales con intereses en el sector salud. Una y otra vez la historia de muchos proyectos y negociaciones entre países subdesarrollados y centrales muestra el peso que tienen las empresas multinacionales, en especial de medicamentos, en las decisiones del sector. No en vano el financiamiento y la impulsión de programas en el ámbito de la salud, sobre todo de la educación médica, ha estado a cargo de fundaciones que representan al gran capital. (Testa, 1983, p. 61).

Se produce una ruptura entre el plano de la realidad (nivel ontológico) y el plano del conocimiento (nivel gnoseológico) equivalente a la ruptura entre el mundo de las representaciones y el de las necesidades. Esa ruptura no es visible, y en este caso, está al servicio de la plusvalía de la industria farmacéutica en la medida que despoja a los individuos (colectivamente) de toda posibilidad de acceder a los medios productivos. Expresión de esa circunstancia es el nivel

de dependencia de los países de ingreso medio-bajo, que no debe considerarse como un asunto interno de los países (idiosincrasia, falta de emprendimiento, disciplina, gestión, organización, etc.). Los países industrializados, ...tratan de mantener [la dependencia] porque es una de las condiciones principales de su desarrollo sostenido y, sin duda, de su dominación... La dependencia se expresa de muchas maneras. Tal vez una de las más perniciosas sea la aceptación acrítica de cualquier producto, material o intelectual, que los países centrales estén interesados en vender, porque esta forma de dependencia e

la condición de la introducción de todas las demás. (Testa, 1983, p. 69).

Como señala Angell (2004), la rentabilidad y acumulación son los motores de la industria. Su estrategia productiva y de ventas se extiende a un



mercado que va más allá de los

enfermos, gente sana es también centro de atención y acercamiento, de clientes potenciales a clientes reales. La industria se acoge el discurso de la prevención y cobertura universal y lo vuelve utilitario, escenarios

de mercado.

Los costos, siempre altos del tercer nivel de atención debido a tecnologías complejas de diagnóstico y tratamiento se trasladan, en consecuencia, a niveles de menor complejidad. Allí encuentra una clientela no sólo en el ámbito privado, sino público. Los gastos en salud de los países destinados a la atención en salud se

convierten en oportunidades. La industria se nutre de los presupuestos públicos que financian atención, acceso a tratamientos (por diversas modalidades) e I+D en un alto porcentaje.

Semejante situación requiere, mediante disposiciones estatales, que la producción de bienes para la atención a las necesidades de salud de la población, tenga una connotación distinta a la configuración de mercado (como ya se indicó), desde esta perspectiva, la Industria Farmacéutica quedaría sujeta o delimitada a los lineamientos de las políticas sobre medicamentos, consideradas dentro de las políticas globales de salud. Tal situación requiere desenmascarar las fuerzas que estructuran la dinámica descrita y apuntalar a la

manera como se ejerce y distribuye el poder a lo interno de la nación, los sectores de mayor poder económico son los que entran en contacto (los mediadores) con la industria trasnacional condicionando los procesos de importación y distribución

... contribuyendo así a la dominación que adquiere, dentro de la burguesía, la fracción del capital financiero... La acción hacia adentro se dirige a un doble frente; el que corresponde a los niveles superiores de la administración en salud, y el nivel académico que controla la generación y transmisión de conocimientos. El propósito es claro, se trata de consolidar un saber y una práctica médica que sea compatible con las necesidades del capital trasnacional. (Testa, 1983, p. 74)

Un modelo “social” capitalista, neoliberal, requiere de un sujeto de consumo, coleccionista y acumulador, todo servicio y todo bien son mercancías sujetas a la dinámica del mercado, dejando los derechos sociales subsumidos a la lógica de rentabilidad y acumulación. Esa acumulación está en contradicción con la distribución de bienes y servicios para el logro de justicia social. Así pues, lo que se “distribuye” es aquello orientado a contribuir con la concentración de riquezas, dinámica distributiva ubicada en el plano ideológico. Se distribuyen “valores”, “expectativas”, que tienen como objetivo, por requerimiento del modelo



descrito, la conformación de un sujeto unidimensional, cuyo sistema de representaciones se disocian de sus condiciones objetivas de existencia. El problema del poder no es solo territorial sino de intercambio comercial, no se precisa tanto la conquista de territorios como de mercados con la evidente expansión del capital trasnacional. Es ese escenario el Estado tiende a actuar como garante del mercado perdiendo su actividad reguladora (Feo, 2006; Breilth, 2010).



La Industria farmacéutica mundial, constituye uno de los cinco sectores económicos de mayor rentabilidad en el mundo, lo que da idea de su poder de mercado, con una importante participación estratégica en los países de alto ingreso por el aporte significativo al PIB de esos países. Por ejemplo, la asociación de industrias farmacéuticas en USA (PhaRMA) agrupa a las empresas farmacéuticas que, en conjunto, producen más del 50% de los medicamentos en el mundo.

Su grado de complejidad por el entramado de actividades productivas e interacciones comerciales que involucra, es elevado: La cantidad de empresas intermediarias,

el volumen de facturación y ventas, las agrupaciones en consorcios comerciales, los gastos en publicidad y en I+D, el vencimiento de patentes, los derechos de propiedad intelectual y las regulaciones nacionales e internacionales en materia de medicamentos. Sin embargo ese nivel de complejidad no ha afectado la expansión de la industria, entre tales factores pueden indicarse el creciente aumento del consumo de medicamentos a nivel mundial, el aumento del gasto público en países de alto ingreso, invertido en sistemas de seguridad social, el sistema de patentes que conduce a la concentración de monopolios y al control de la innovación (con alta

capacidad de penetración), el tipo de demanda inelástica que caracteriza el rubro de medicamentos, sobre todo los de mayor venta y rotación (poca variación de la demanda independientemente de las variaciones en el precio), la poca competitividad entre ellas debido a que dirigen sus actividades productivas a delimitadas áreas terapéuticas (Cabiedes y Ortún, 2002; Laporte, 2011; Lázaro, 2004; Viña y Debesa, 2017).

Este sector industrial no es homogéneo, se encuentran las grandes empresas monopólicas que dominan el mercado mundial, con alto potencial tecnológico (tanto para la elaboración de materias primas como productos

terminados), elevado marketing y un fuerte proceso de I+D, (son las empresas innovadoras, concentradas en un reducido número de países); las empresas especializadas con capacidad innovadora, y las empresas de producción de genéricos. Las primeras son líderes en el mercado y las que imponen precios de comercialización, lo cual es otro indicador de poder de mercado. Éstas tienen capacidad para desarrollar complejos procesos farmacocímicos y biotecnológicos, de I+D, distribución y comercialización. Las segundas se perfilan como empresas que tienen el potencial productivo, desarrollan y producen para

otras empresas financieras sin infraestructura propia (como es el caso de Gilead), a partir de una estructura gerencial y comercializadora. Éste tipo de empresas se corresponden con una forma de tercerización, realizan actividades básicas desde maquila y envasado hasta I+D, funciones de mayor nivel de complejidad y especialización (Anderson, 2014; Márquez, 2019).

La Agrupación Española de Investigación y Marketing Farmacéutico (AIMFA), reporta que, para el año 2017, de los 10 laboratorios de mayor venta, 06 empresas son de origen estadounidense y 04 europeas. Brasil, considerada una economía emergente

en materia farmacéutica, no aparece en entre los primeros 15 países (AIMFA, 2018).

Ese panorama, que difiere poco al compararlo con años anteriores, da idea clara de la concentración del poder manufacturero y distributivo en sólo unos cuantos países de alto ingreso y con crecimiento económico sostenido. Ese complejo industrial administra la producción, comercialización y vigilancia de todo el circuito económico vinculado con los medicamentos que produce. El crecimiento anual global en ventas oscila entre el 4 y 9 % (Moreno, 2016; González, 2016).

El volumen de ingresos de la industria farmacéutica durante el período 2001-2014 fue incrementando hasta alcanzar para el último año una cifra superior al billón de dólares estadounidenses, con una diferencia respecto al año 2001 de 680 millones de dólares. Este crecimiento no se vio afectado por la crisis financiera que se observó entre los años 2009 y 2010 (Lázaro y Jiménez, 2014). El volumen de ventas a nivel mundial en el año 2015, por regiones, de mayor facturación, fue Norteamérica.

Latinoamérica fue la región de menor número de ventas:





66.000 MM euros comparada con Norteamérica (400.000 MM de euros). Sin embargo, tuvo un crecimiento en ventas del 19 % comparándolo con el año 2013. El país de mayor crecimiento entre 2013 y 2014 fue Brasil, (considerada una de las economías emergentes, miembro del grupo de los BRICS).  
 EEUU y Canadá consumen el 36,7 % del mercado

farmacéutico y comprende el 4,9 % de la población mundial. Junto a Japón y Europa alcanzan el 76 % del mercado global con menos del 15 % de la población (Lázaro y Jiménez, 2014).

Éstos países poseen "...el control de la producción de los dos componentes más importantes en la realización de las actividades de atención:

medicamentos y equipos de diagnóstico y tratamiento. (Testa, 1983, p. 71). Lo que da idea de la de la amenaza que significa esa dependencia en términos de soberanía y seguridad de la Nación.

En síntesis, 10 grandes compañías concentran alrededor del 51% del mercado mundial. Y esta situación ha ido en aumento progresivo,

para el año 1987 los diez laboratorios más grandes del mundo concentraban el 27,55 de la producción mundial. (Balleza, 1999; OPS, 2010).

Del monto total que esas empresas invierten en investigación y desarrollo, el 87 % proviene de ingresos fiscales (financiamientos y apoyo a la investigación). Para justificar ese volumen de ganancias, la industria refiere el tiempo limitado de retorno de inversión y rentabilidad por vencimiento de patentes de medicamentos "superventas".

#### Las patentes de medicamentos y los acuerdos de propiedad intelectual.

Antes de los años 60 era común el proceso de patentar procedimientos y técnicas de fabricación, pero no las moléculas o principios activos identificados, extraídos o sintetizados. Sin embargo, a partir de esos años, dos países europeos, Alemania y Francia formulan reglamentaciones que les permiten patentar la molécula, así como los procesos de manufactura. La posibilidad de lograr protección a sus productos en distintos países aumenta el cálculo de rentabilidad y disminuye la competencia. Además, hace a los precios de venta, dependiente de lo

que determine la compañía (Díaz, 2016; (Correa, Balleri, Giuliatti, Lavopa, Musetti, Palopoli, y Lowenstein, 2011). Posteriormente con la creación de la OMC en 1995, los acuerdos resultantes se dirigen a la protección del comercio de los países de alto ingreso, una globalización del modo de producción capitalista, los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), son la consecuencia doctrinaria de esa ideología: Protección del mercado sobre la vida de las personas (Novoa, 2014; Díaz, 2016).

Las licencias obligatorias (declaración de Doha, 2001), constituyen la sombra de ese proceso. Una manera global de expiar las culpas generadas por la injusticia que significaba la mortalidad por diversos problemas de salud, recaían sobre naciones empobrecidas, obligándolas a empobrecerse más tras cualquier violación del acuerdo. Sin embargo esa expiación fue breve, "EE. UU y la UE a través de los ADPIC-Plus, respondiendo de nuevo a los intereses de las multinacionales, están haciendo inviable, en la práctica, la aplicación de este recurso por parte de los países pobres." (Novoa, 2014, p. 14).

El vencimiento de patentes, la política de genéricos en muchos países cuyo porcentaje de ventas ha ido en crecimiento, la aplicación de políticas públicas que delimitan el uso de medicamentos a determinados rubros seleccionados y normatizan los nuevos ingresos, el recorte en varios países europeos de beneficios vinculados al acceso de medicamentos, tema particularmente complejo en esos países, ha llevado a la industria transnacional a considerar un riesgo potencial en sus intereses comerciales y establecer estrategias para mantener su dominio del mercado.

En tal sentido, en el contexto de salud venezolano, es perentoria la necesidad de ejercer control y soberanía sobre el proceso productivo y distributivo, además de procurar, a través de su adecuada utilización una práctica contrahegemónica, opuesta a un modelo liberal (cuyo influjo aún se percibe), caracterizado por convertir todo en mercancía y cálculo utilitario: el cuerpo humano, las relaciones humanas, los medios de supervivencia, las creencias, la salud...y, en el caso que nos ocupa, por deducción lógica de ese modelo económico, los





medicamentos salud, Universidad Andina biotecnología. Alegatos, 1(20), 43-47.

(Breilh, Simón (2010); Bolívar (Feo, /

Corporación Díaz Pérez, A. (2016). *América Latina y el Caribe: La propiedad intelectual después de los tratados de libre comercio*. Editora Nacional, 7a. ed.

2008); (Testa, 1989); (Méndez, 2000).

**REFERENCIAS**

AIMFA. (2018). <https://aimfa.es/top-10-companias-farmaceuticas-2018-nivel-mundial/>

Balleza, V. (1999). *Incentivos a prescriptores. Análisis. Cabiedes, L., y Ortún, V. (2002).*

Basaglia, F., Castel, R., Carrino, L. y otros. (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barral Editores. Barcelona, España.

Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la*

Correa, C. M. (2020). *Patentes. Industria farmacéutica y*

Feo, O. (2006). *Introducción a las políticas para transformar la salud en Venezuela. El Modelo Neoliberal en Salud. IAESP. Postgrado Salud Pública. Maracay. Venezuela.*

Feo, O. (2008). *Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Medicina Social, 3(4), 275-284.*

González, M. M. (2016). *¿Salud o dinero?: la tensión dialéctica entre los derechos sobre el medicamento. Revista Jurídica de la Universidad de León, (3), 55-67.*

Laporte J. *Los laboratorios gastan casi el triple en promoción que en*

investigación. *La vanguardia*. 17 May 2011. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20110517/54155590168/laporte-los-laboratorios-gastan-casi-el-triple-en-promocion-que-en-investigacion.html>

Laporte, J. y Trognoni R. (1983). *Principios de epidemiología del medicamento*. Ed. Salvat. Barcelona, España.

Lázaro P., J.; Jiménez R., D. (2014). *El discreto encanto de los medicamentos. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(4).*

Márquez, M. M. (2019). *Configuración económica de la industria farmacéutica. Actualidad Contable Faces, 22(38), 61-100.*

Méndez, M. (2000). *Los rostros y los efectos del medicamento. Un análisis socio-cultural. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 10, 513-538.*

Mourinha, F. L. S. T. (2020). *Estudo de viabilidade económica de novos produtos lançados na Indústria Farmacêutica (Doctoral dissertation)*.

Novoa, A. (2014). *Relato de un gran fracaso político Las patentes de medicamentos. nogracias.eu* <http://www.rebelion.org/noticias/2014/11/192314.pdf>

OPS. (2010). *La situación farmacéutica en las Américas: compendio de datos estadísticos sobre los indicadores del primer nivel*. Washington, D.C: OPS.

Páez, P. N., & Jiménez, W. G. (2016). *Globalización, privatizaciones y derechos de propiedad en los países en vías de desarrollo y «emergentes*. *Revista Republicana, (19).*

Pérez L. y Jiménez D. (2014). *El discreto encanto de los medicamentos. Revista Cubana de Salud Pública Rev. cub. salud pública vol.40 n.4*

Pérez Peña, J. L. (2004). *Dos enfoques sobre los medicamentos y la industria farmacéutica. Revista Cubana de Salud Pública, 30(4), 0-0.*

Terán, A. (2014). *La competitividad de la industria farmacéutica en el estado de México en La industria farmacéutica en el mundo* <https://www.researchgate.net/publication/301873367>

Testa, Mario (1989). *Pensar en salud*. Lugar editorial. Buenos Aires, Argentina.

Testa, Mario (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Lugar editorial. Argentina.

Testa, M. (1983). *Extensión de cobertura en Atención Médica*. En Katz, J., Lanza, A., Peña Mohr, J., Septién González, J. M., Testa, M., & Veronelli, J. C. (1983). *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. México. Fondo de Cultura Económica.

Tobar, F. (2008). *Economía de los medicamentos genéricos en América Latina*.

Tognoni, G. (1998). *La cultura del medicamento. Medicamentos y salud, 2(1), 24.*

Torres, F., Herrera I. y Ciriaco, M. (2017). *La vida tiene precio. ¿Cómo las farmacéuticas multinacionales deciden el acceso a la salud en América Latina?. Tiempo Ar. Acceso 14/06/2017. Disponile en* <https://www.tiempoar.com.ar/articulo/view/67294/la-vida-tiene-precio-a-camo-las-farmaca-uticas-multinacionales-deciden-el-acceso-a-la-salud-en-america-latinar>.

Viña-Pérez, G., & Debesa-García, F. (2017). *La industria farmacéutica y la promoción de los medicamentos. Una reflexión necesaria. Gaceta Médica Espirituana, 19(2), 110-122.*