
Las empresas transnacionales y el "desarrollo" de la industria de la salud en México

Víctor M. Bernal Sahagún

Introducción

A partir de la aparición de la llamada "medicina de patente", a finales del siglo XVII, muchos mitos se han erigido alrededor de la tecnología químico-farmacéutica y su capacidad para resolver los problemas sociales e individuales de salud.

Si bien por una parte el avance de ciencias y actividades como la química y la bioquímica, la biología, la farmacia. La botánica y la zoología, la medicina y la diagnosis, la herbolaria, etc., permiten a lo largo de más de cien años ganar amplios terrenos en la lucha contra los problemas, endémicos y epidémicos, que diezaban a la población, por la otra, este desarrollo se vio condicionado por el ritmo y la dirección de las fuerzas productivas sociales y las relaciones de producción de un capitalismo en crecimiento que tiende a imprimir sus características estructurales a todo el mundo.

De esta forma, el análisis de la prevención, el diagnóstico y la curación de las enfermedades, se inscribe en el plano más general del estudio de los cambios que sufre la sociedad como un todo, y, en particular en la conservación de la capacidad productiva de sus componentes.

No es nuestra intención cubrir —ni siquiera superficialmente— la totalidad de los factores que influyen de manera positiva o negativa en la conservación de la salud de cualquier comunidad en determinada fase histórica. El propósito que anima este artículo presentación es aportar algunos de los elementos más importantes que a nuestro juicio han condicionado el estado actual del "sector salud" en México.

La salud en México

El análisis de la salud y sus implicaciones en el sostenimiento y reproducción del sistema capitalista tiene infinidad de facetas. Baste aquí solamente resaltar la importancia que reviste en el capitalismo la conservación y la reproducción de las condiciones físicas y mentales de los poseedores de la fuerza de trabajo: los obreros.

La conservación y reproducción constantes de la clase obrera —escribe Marx— son condición permanente del proceso de reproducción del capital,¹ (es decir, de la propia supervivencia del capitalismo).

Y para que esta “condición permanente” se cumpla, es necesario que el obrero en particular y la clase obrera en general, dispongan de los factores indispensables para que su fuerza de trabajo no se vea menguada ni individualmente ni como clase social: vivienda, alimentación, vestido, transporte, educación, su tiempo de ocio y *salud*.

De esta manera, la salud de los obreros es tomada bajo cuidado por las clases dominantes, por medio del Estado, que buscan *el mantenimiento del proceso de acumulación de capital*. Pero esto es sólo una cara del problema, ya que el sostenimiento de la salud precisa de artículos diversos, como instrumental médico y de control, instalaciones, maquinaria, equipo y herramientas y, primordialmente, *medicamentos*, todos los cuales son *mercancías* que entran en el “mercado”, son fabricados en plantas de *propiedad privada* y, por tanto, contiene una *ga-*

nancia que va a pasar a manos de los propietarios de los medios de producción.

Para ordenar nuestra exposición, nos ocuparemos primero del llamado sector social de la salud, y más adelante del “mercado privado”.

Sin acudir a fuentes o autores “disidentes” del modelo de “economía mixta” —al que nosotros consideramos más objetivo llamarlo, sin eufemismos, capitalista monopolístico estatal o Capitalismo Monopolista de Estado (CME)—, es sencillo ubicar el surgimiento de medidas concretas nacidas de la “preocupación” oficial por la salud de los trabajadores mexicanos, precisamente en los años en que la “política de sustitución de importaciones” da lugar al impulso a la industrialización interna y, por ende, a la proletarización de la población.

Dejemos que hable el propio Presidente de la República en turno en la “Exposición de Motivos de la Ley Original [del Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS] publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 19 de enero de 1943.”²

En ella se afirma —con justeza— que:

Siendo el salario la única fuente de la que los trabajadores obtienen los recursos indispensables para la subsistencia de ellos y la de sus familiares todo hecho que implica pérdida o disminución del mismo, causa a todos ellos perjuicios trascendentales.

En el desempeño de sus labores el obrero se halla constantemente amenazado por multitud de riesgos objetivamente creados por el equipo mecánico que maneja o por las condi-

¹ *El capital*, tomo I, Sección séptima, México, Fondo de Cultura Económica, 5a. Ed. 1978, p. 481 (subrayado nuestro).

² *Ley del Seguro Social*, IMSS, México, 1967, pp. 73-118.

ciones del medio en que actúa [. . .] Lo mismo ocurre con otros riesgos no considerados como profesionales [. . .] que si bien a todo ser humano amenazan, *es entre los trabajadores* donde mayores estragos causan cuando se realizan, por cuanto a *que para el hombre que no tiene otro ingreso que la retribución del esfuerzo personal que desarrolla*, todo acontecimiento que paralice su actividad aniquila sus posibilidades de adquisición.³

En otras palabras, el párrafo anterior reconoce el fondo del “problema” del obrero, que no dispone de otra forma de subsistir que la venta de su fuerza de trabajo en el mercado, ideas que se complementan más adelante, cuando se dice que:

El régimen del Seguro Social [. . .] constituye un excelente vehículo para estabilizar el tipo de vida de la capa económicamente débil de la población, estabilización a la que debe aspirarse, *tanto porque su logro vendría a satisfacer nobles aspiraciones de la convivencia humana, cuanto porque al elevar las condiciones de vida del sector mayoritario de la Nación automáticamente se operaría un crecimiento vigoroso de la economía general del país.*⁴

Lo que no significa otra cosa que la declaración, *disfrazada ideológicamente, del papel de la clase obrera en el proceso de acumulación de capital* y la necesidad del régimen de mantenerla en toda su capacidad productiva, en beneficio de “toda la Nación”. . . y explícitamente de los empresarios, pues se agrega que:

. . . “como en la conservación de las energías

productivas no sólo va de por medio el derecho del asalariado, sino también *el beneficio de los empresarios* y el interés de toda la colectividad, *compete* al Estado encauzar el Seguro Social como un servicio público encomendado a un Instituto descentralizado que, *con la aportación oficial, de los trabajadores y la de los patrones*, acude prestamente a cumplir [con] la responsabilidad económica que nace de la solidaridad nacional.⁵

Una “solidaridad” que descansa sobre los hombros de los obreros, cuyo trabajo *sostiene* tanto a Estado como a empresarios, y que *no llega a toda la población*, pues se declara abiertamente en el mismo documento que

“el régimen del Seguro Social no es susceptible de aplicarse de un modo general o indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino *exclusivamente al sector de la población que trabajan mediante la percepción de un salario o un sueldo.* [. . . y que. . .] el Seguro Social no considera el riesgo particular de cada persona que se asegura, sino que atiende a las condiciones económicas del sector de la colectividad que trata de asegurar. [. . . Por tanto,] no puede ser encomendado a empresas privadas, sino que el Estado tiene el deber de intervenir, en su establecimiento y desarrollo [. . .] con el carácter de *obligatorio, para garantizar* la estabilidad y permanencia del sistema.⁶

No se trata, entonces, de “proteger” a la sociedad, sino a la productividad de la *fuerza de trabajo*

³ *Ibid*, p. 73. (Subrayados nuestros).

⁴ *Ibid*, p. 74. (Subrayados del autor).

⁵ *Ibid*, p. 75 (Subrayados nuestros.)

⁶ *Ibid*, pp. 74-75.

y, dentro de los trabajadores, haciendo diferencia “en forma proporcional al servicio creador prestado por ellos, o sea en relación con el monto de su salario, su antigüedad, etc.”⁷ lo que no es de extrañar, dadas las diferencias de productividad derivadas del adiestramiento y la capacitación.

Mas la inquietud por el “desarrollo” no sólo se expresa en el interés por conservar en condiciones de productividad a la fuerza de trabajo *existente*, sino en asegurar la reproducción de los trabajadores. La fase de crecimiento económico en el México de los cuarentas *exigía* un correspondiente aumento demográfico:

México —se asienta en la fuente citada— es un país de muy baja densidad de población, lo cual tiene graves repercusiones en la economía del país y en el desarrollo de los demás fenómenos de la interdependencia social, y es indudable que una de las causas que determina esa baja de densidad de una población es la relativa al precario tipo de condiciones económicas en los sectores pobres, tanto porque al realizarse los nacimientos en malas condiciones de higiene o sin una adecuada atención, se origina un alto volumen de mortalidad infantil cuanto porque entre la población preponderantemente industrial se tiende, voluntariamente, a disminuir la natalidad.⁸

Estas afirmaciones no pueden menos que recordarnos la proposición —rigurosamente científica— que Marx hacía al respecto hace más de cien años:

[. . .] al producir la acumulación del capital,

la población obrera produce también, en proporciones cada vez mayores, *los medios para su propio exceso relativo*. Esta es una ley de población peculiar del *régimen de producción capitalista*, pues en realidad todo régimen histórico concreto de producción tiene sus leyes de población propias, leyes que rigen de un modo históricamente concreto.⁹

La validez de dicha ley puede ser constatada en México aun en el corto lapso de poco más de cuarenta años, si atendemos a las modificaciones que han sufrido los patrones de crecimiento y distribución de sus habitantes: incontenible urbanización, altas tasas de crecimiento demográfico, desplazamiento de la población de la agricultura hacia la industria, entre otros factores, van aumentando el número de trabajadores “redundantes” que presionan los salarios reales hacia la baja, ocasionan desempleo abierto y, sobre todo, disfrazado, y revierten la preocupación oficial por la “baja densidad de población” en una verdadera histeria malthusiana, avidada por las políticas antipoblacionistas del Banco Mundial y otras agencias imperialistas. Y, así como el IMSS —y el resto de los organismos similares— fue visto como la institución de fomento poblacional por excelencia, ahora es quien asume la responsabilidad del control natal.

Dejemos por el momento este aspecto particular y volvamos al más general de la salud social. Como decíamos, la creación de cada organismo “protector de la salud” está íntimamente relacionado con las características estructurales por las que

⁷ *Ibid.*, p. 75-76.

⁸ *Ibid.*, p. 79

⁹ *Op. Cit.* Tomo I, Sección Séptima, p. 534 (subrayados de CM)

atraviesa el desarrollo capitalista: el IMSS en 1943, bajo las bases y con las perspectivas antes bosquejadas; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado ISSSTE —en que se transforma la Dirección de Pensiones Civiles, que databa de 1925— surge en 1960, como secuela de la ascendente importancia de la burocracia, que crece en número y en actividades, al irse diversificando éstas por la intervención estatal en nuevas ramas industriales y de servicios; igualmente, en 1962 se promulga el decreto que constituye la Dirección General de Seguridad Social Militar; y, unos meses más tarde, en el mismo año, se funda la Dirección de Seguridad Social de la Armada, que, junto con otros centros de atención sanitaria limitados a empresas del Estado, como los de Ferrocarriles, la Comisión Federal de Electricidad, Pemex, etcétera, forman el grueso de lo que se denomina “El sector social de la salud”.

La Industria químico-farmacéutica en México

Los límites irrebables de un escrito como este, impiden extendernos lo suficiente en la conceptualización, características, origen y evolución histórica de las Empresas Transnacionales (ETN) en el mundo, y la influencia que han tenido en el desarrollo económico-social no sólo de países que sufren el capitalismo del subdesarrollo como lo es México, sino aun en naciones altamente industrializadas.

Baste mencionar, por el momento, que para 1977 las ventas de “las 500” empresas industriales más importantes de los EUA, la mayoría ETN, rebasaron el millón de millones de dólares, cifra que,

para ser comprendida requeriría de algunas comparaciones:¹⁰

Por ejemplo, si se repartiera esa cantidad entre las aproximadamente cuatro mil quinientos millones de personas que habitan la tierra, a cada una de ellas le corresponderían doscientos cuarenta y un dólares: o bien podría mantener a cerca de ciento cincuenta millones de personas durante un año, con un nivel de vida similar al de los habitantes de Suiza, una de las naciones de mayor ingreso per cápita en el mundo, o a más de mil cuatrocientos millones si se hace el cálculo con el modesto ingreso per cápita mexicano.

La misma revista menciona que un individuo, gastando doscientos cincuenta mil dólares diarios, necesitaría de más de diez mil años para gastarse el producto de las ventas de esas quinientas empresas privadas.

Estos ejemplos dan una idea, bastante clara creemos, del grado de centralización a que se ha llegado en la fase imperialista del sistema.

Ahora bien, dentro de esos gigantescos conglomerados, que dictan el cómo, el cuándo y el por qué consumir a todo el mundo occidental, ocupan un importantísimo lugar los dedicados a la producción, distribución y venta de medicamentos.

En las cifras que la revista citada anteriormente publica cada año sobre las mayores empresas industriales del mundo capitalista, aparecían en 1976, treinta laboratorios químico farmacéuticos (en adelante LQF) con ventas de 37 157.0 millones de dólares —equivalente a cerca del 50% del producto nacional bruto de México— activos de 38 094.3

¹⁰ FORTUNE, mayo de 1978

millones, utilidades netas de 2 909.3 millones de dólares, y 796.245 empleados.¹¹

Si bien las magnitudes se empuqueñecen si se les compara, por ejemplo, con las correspondientes a las gigantescas petroleras o a las automotrices, no cabe duda que en términos absolutos el peso de tales firmas es enorme, y lo es más —incluso relativamente— si se piensa en sus cualidades: el campo específico en que operan (nada menos que la salud humana) imprescindible socialmente: el dominio tecnológico y de patentes y sus complejos sistemas de comercialización.

Estas características les confieren a los LQF amplias posibilidades de crecimiento, dado que de hecho son monopolios del segmento o categoría terapéutica en que se especializa cada uno de ellos a pesar de la duplicación de productos que comentaremos luego. Respecto a 1975, los datos de la revista citada nos muestran un desarrollo de los LQF transnacionales que confirma ese dinamismo (cuadro 1), 22.5 de aumento en las ventas, 23.8% en los activos, 21.7 en las utilidades netas y 12.5% en el número de empleados.

El crecimiento más rápido de los activos que el de las ventas y utilidades hizo posible que la contratación de nuevo personal se mantuviera a bajo nivel, lo que trajo como resultado un considerable aumento en las relaciones de ventas y utilidades per cápita. Esto ilustra la práctica de las ETN, y en general de toda firma capitalista, de procurar el

incremento constante de la dotación del capital por hombre ocupado, a fin de hacer más productiva a la fuerza de trabajo, comportamiento que revisaremos adelante, en el caso de México. (Véase cuadro 2).

Por otra parte, es importante mencionar que la industria farmacéutica no nació de manera independiente.

La industria farmacéutica en gran medida ha crecido como una industria *subsidiaria*. Esto es, muy pocas compañías farmacéuticas basadas en la investigación se originaron como tales. La mayoría de las compañías se han des-

CUADRO 1
LAS EMPRESAS TRANSNACIONALES
DE LA IQF
1976
(Millones de Dólares)

	1975	1976	% VAR
Ventas	30,332.0	37,157.0	22.5
Activos	30,760.4	38,094.3	23.8
Utilidades	2,390.1	2,909.3	21.7
Empleados	707,767.0	796,245.0	12.5

Fuente: Datos de *Fortune*, núm. cit.

¹¹ *FORTUNE*, mayo, junio y agosto de 1977. Aunque están clasificados como productoras de medicinas, dada sus condiciones de conglomerados, es decir, de empresas dedicadas a diversas actividades, no todas las ventas se refieren a aquéllas; las que correspondieron a éstas son alrededor de 12,000 millones de dólares.

CUADRO 2
RELACIONES PER CAPITA
(Miles de Dólares)

	1975	1976	% VAR
Ventas	43.0	46.7	8.6
Activos	44.0	47.3	7.5
Utilidades	3.4	3.7	8.8

Fuente: *Idem*, cuadro 2.

arrollado en el siglo veinte como subsidiarias de grandes empresas en áreas relacionadas con la industria o el comercio. Por ejemplo las grandes compañías suizas y alemanas han crecido a partir de la química general y los productores de colorantes. Otras han crecido de compañías que estaban bien establecidas como manufactureras de medicamentos populares, cosméticos o alimentos. Fabricantes de alimentos con los subproductos de sus rastros como materias primas para las tiroides, insulina y hormonas, plantas de cerveza y ollas de fermentación, con los conocimientos que podrían ser aplicados a la producción de antibióticos, también han desarrollado subsidiarias farmacéuticas.¹²

¹² Levinson, Charles, *The multinational pharmaceutical industry*, ICF, Suiza s/f, p. 5-6.

Es claro que las empresas ya establecidas —como las mencionadas por el autor citado— disponían además de experiencia en procesos biológicos, de la capacidad financiera suficiente “para financiar la necesaria investigación y desarrollo para poner la bola a rodar,¹³ lo que a su vez estaba condicionado por el crecimiento económico general, y las leyes de concentración y centralización de capital, expresadas también en los avances tecnológicos en todos los órdenes.¹⁴

La industria químico farmacéutica propiamente dicha, se inicia en Europa, pues “los americanos (estadounidenses) habían —es verdad— desarrollado técnicas para la producción masiva de preparaciones farmacéuticas, pero el ascenso de la investigación en los Estados Unidos vino un poco después, generalmente después de 1920.¹⁵

Como escribe el mismo autor:

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ En un trabajo anterior, manifestábamos nuestra posición teórica respecto a la necesidad de reubicar a la tecnología como una *forma* que asume la acumulación de capital. Es manifiesta —decíamos— la preocupación de colocar a la tecnología entre los prodigios más esotéricos de la creación *individual*, por lo que creemos necesario establecer, en pocas palabras, que la tecnología es un producto del esfuerzo *social*, cuyo objetivo central es el de aumentar la productividad de la fuerza de trabajo, es decir, es el *trabajo* general y... «Depende, en parte, de la cooperación con otras personas vivas, en parte del aprovechamiento de los trabajos de gentes anteriores» [Marx, Carlos. *El capital*, Fondo de Cultura Económica, México, 5a. edición, 1968, T. III p. 115] Y por lo tanto, es una de las formas que asume la acumulación de capital, puesto que su esencia está constituida por *trabajo acumulado*. *Las Empresas Transnacionales y la Transferencia de Tecnología, Apuntes Preliminares*, Coordinación de Humanidades, 1977, en prensa.

¹⁵ Los trabajos de Pasteur (francés) de Erlich (alemán, primer usuario de la quimioterapia), entre otros, dan el gran



El reciente espectacular crecimiento del sector de la industria farmacéutica de investigación data de mediados de los treinta, cuando Domagk, trabajando en la industria alemana, descubrió las propiedades antibacterianas del *Prontosil*. Esto condujo al descubrimiento de las sulfonamidas, y a la conciencia de que la quimioterapia era una realidad práctica. A principio de los cuarenta, en la Segunda Guerra Mundial, [se] trasladó el centro de la investigación y el descubrimiento farmacológico de Europa a los Estados Unidos. Durante este periodo, la organización actual de la industria, con empresas sosteniendo grandes equipos de multi-especialistas en investigación y mercadotecnia, fueron establecidos en los Estados Unidos y Europa. Más recientemente, la importancia de investigación farmacéutica en Japón ha estado creciendo,¹⁶ aunque aún no tiene la capacidad suficiente para competir intensamente con las multinacionales estadounidenses, suizas o alemanas.

De cualquier manera, es manifiesta la preocupación de los ETN en el control de la Industria, preocupación —insistamos— que se origina en el doble carácter de los medicamentos: a) como mercancías a las que pueden ser asignados altos precios, ya que en muchos casos son insustituibles —o así se les hace aparecer— para el bienestar del comprador, el cual, en última instancia, no es quien decide su consumo, sino que sigue instrucciones médicas y, b) como instrumento para mantener en condiciones de funcionamiento y reproducción a la única

impulso a la futura rama productiva.

¹⁶ *Ibidem*.

mercancía “viva” capaz de crear riqueza y sobre la que se sostiene el aparato económico, la fuerza de trabajo. Bajo estas condiciones, la estrategia generalizada de los LQF transnacionales es la de ampliar sus operaciones en el máximo número posible de países lo que le da a la rama una movilidad casi única, por ejemplo para 1970:

[. . .] el 80% del movimiento comercial de Hoffmann-LaRoche, el 85% de Ciba Geigy, y el 40% de Merck venían de operaciones exteriores. La suiza *Hoffman LaRoche* es la cuarta fabricante de drogas en Alemania y Italia; el estadounidense *Squib* es un prominente productor italiano; el suizo *Sandoz* es importante en Francia; el estadounidense *Merck* en Holanda y Gran Bretaña [. . .] Así como los líderes británicos Claxo y Beecham están instalados en Francia.

Rhone-Poulenc y *Roussel-Uclaf* (1o. y 2o. en Francia) operan en Gran Bretaña. 75% de la actividad en la rama farmacéutica británica, de hecho, está bajo control extranjero: 40% surtido por firmas de los EUA y 13% por firmas suizas. Las dos mayores productoras de drogas en Gran Bretaña son *Merck* (EUA) y *HoffmanLaRoche* (Suiza).¹⁷

Y las mezclas, interconexiones, ventas al exterior, competencia en los propios países, licencias y permisos cruzados, e inimaginables acuerdos entre los LQF transnacionales hacen que el mercado mundial se haya convertido en un mosaico de confuso diseño, en el que, sin embargo, la presencia de las corporaciones transnacionales con base en los EUA representan la imagen más definida.

Se podría continuar analizando a profundidad las tendencias de los enormes conglomerados transnacionales que operan en la rama; sus estrategias y tácticas comerciales; las prácticas que desarrollan en el terreno productivo y en su división interna —e internacional— del trabajo; sus enfoques en la atención de las labores de investigación, desarrollo y, por lo tanto, del lanzamiento de nuevos productos; su control tecnológico, de patentes y marcas; la dispersión y conglomeración en sus inversiones; sus ligas con el capital financiero internacional; y otros temas de igual importancia. La información disponible es abundante —aunque gran parte de la misma habría que aceptarla con muchas reservas, debido a la capacidad de los LQF para manipular su contabilidad—, pero no consideramos oportuno, por ahora, extendernos sobre estos asuntos sacrificando la atención que, obligadamente, debemos dar a la situación en México.

Independientemente de las relaciones de interdependencia que la industria químico-farmacéutica (IQF) presenta en todas las naciones del mundo, en los llamados países “subdesarrollados” la dependencia en esta actividad industrial es abrumadora, con muy pocas excepciones.

Antes de analizar el estado actual del control del la IQF “mexicana” y el mercado farmacéutico por parte de los LQF transnacionales, repasemos brevemente la evolución que ha tenido a partir de 1930, primer año del que se dispone de datos más o menos confiables.

Es conocida la gran riqueza de la medicina indígena, la que “alcanzó gran auge, quizá similar y en muchos aspectos superior a la de Egipto y Babilonia [. . . y que logró. . .] reunir aproximadamente 1 200 variedades [. . .] de plantas y vegetales

¹⁷ *Ibid.*, p. 10

[. . .], clasificándolas por sus propiedades terapéuticas”.¹⁸ Sin embargo, primero la Conquista, con toda su secuela de destrucción —y enriquecimiento, sin duda— de la cultura curativa local, y luego la inserción de la economía nacional en la esfera del mercado capitalista mundial hicieron que la medicina, en general el sistema sanitario “nacional” haya estado en subordinación respecto a las ETN, siguiendo la pauta de la dependencia estructural del país respecto del imperialismo.

La historia de la producción y venta de medicamentos en México es similar a la de muchas otras ramas: importación de productos terminados/fabricación en pequeña escala y/o empresas que efectúan una parte del proceso de producción/instalación de ETN por medio de la compra de plantas nacionales/introducción de técnicas y tecnología “moderna”, nuevos productos y sistemas y procedimientos de comercialización masiva.

En 1917 —comenta una publicación oficial— se instalaron representaciones de laboratorios extranjeros que se dedicaron exclusivamente a la importación y distribución de medicinas en el país. A raíz de la segunda Guerra Mundial se inició el desarrollo propiamente industrial de lo que ya constituye una importante actividad, pero que tiene características de dependencia muy agudas. En efecto, tanto el capital como la tecnología y las marcas son mayoritariamente extranjeros.¹⁹

¹⁸ Ceceña Cervantes, Olga R. *La industria farmacéutica y los controles de precios en México*, Tesis profesional, Escuela Nacional de Economía, México, 1960, p. 53.

¹⁹ Banco Nacional de Comercio Exterior. *Comercio Exterior*, Vol. 27, número 8, México, agosto de 1977, p. 912.

La década de los cuarentas fue, ciertamente, en la que se presentó el mayor crecimiento de la IQF, aunque su evolución posterior no es nada despreciable si tomamos en cuenta que se parte ya de una base muy importante, según los indicadores que presentamos en el cuadro número 3.

Aun aceptando posibles distorsiones por cambios en la clasificación de unidades censales, y errores en el levantamiento de los datos, estos muestran un notable incremento absoluto de las inversiones, empleo y producción, por un lado, y, lo que es más importante, una acentuada tendencia a la centralización del capital, sobre todo después de 1950, que se refleja en el relativamente débil crecimiento del número de plantas industriales²⁰ —varias de ellas, adicionalmente, pueden pertenecer (pertenecen) a una sola firma—, frente a la evolución espectacular en los otros renglones.

Trabajando con números índices, con punto de partida en 1940=100, tenemos tendencias muy ilustrativas: hasta 1975, la cantidad de establecimientos se sextuplica, la del personal se multiplica por diez y nueve, pero la inversión total es ¡doscientos doce veces mayor y la producción *quinientos veintidós veces* superior en sólo treinta y cinco años! (cuadro 4).

Este crecimiento desigual de los diversos componentes y relaciones de la IQF es el resultado del

²⁰ Incluso hay una disminución en el número de establecimientos entre 1970 y 1975, sin duda a causa de la crisis de los últimos años que acelera la monopolización de toda la economía al hacer desaparecer pequeños y medianos negocios que no disponen de los recursos de los sistemas financieros nacionales e internacionales e incluso de la capacidad de manipular los precios, de soportar pérdidas o de recibir ayuda inmediata de sus casas matrices.

CUADRO 3
EVOLUCION DE LA INDUSTRIA QUIMICO FARMACEUTICA
(Precios corrientes)

	1930	1940	% VAR.	1950	% VAR.	1960	% VAR.	1970	% VAR.	1975	% VAR.
No. estable- cimientos	50	— 77	54.0	310	302.6	386	24.5	443	14.8	434	(2.0)
Personal ocupado	580	— 1 927	232.2	10 156	427.0	22 979	126.3	32 036	39.4	37 667	17.6
Inversión (millones)	2.1	— 13.3	533.3	286.1	2051.1	470.0	67.0	1 830.5	288.0	2 827.6	54.5
Materias primas (millones)	1.0	— 8.4	740.0	129.6	1 442.9	767.5	492.2	1 548.4	101.8	2 627.6	69.7
Producción (millones)	3.3	— 23.5	612.1	362.9	1 444.3	1 737.4	378.8	6 362.6	266.2	12 284.6	93.1

Fuente: Censos industriales. 1930-1950 Tomados de Ceceña Cervantes, Olga R., *op. cit.*, p. 64.

CUADRO 4
TENDENCIAS DE LA INDUSTRIA
QUIMICO-FARMACEUTICA EN MEXICO
1940-1975
1940 = 100

	1950	1960	1970	1975
Establecimientos	442.9	551.4	632.9	620.0
Personal	527.0	1,192.5	1,662.5	1,954.7
Inversión	2,151.1	3,594.0	13,763.2	21,260.1
Producción	1,544.3	7,393.2	27,074.9	52,274.9

Fuente: Calculado con datos del cuadro ³.

constante aumento de la productividad de la fuerza de trabajo, en lo que ha sido decisivo el aumento de la dotación de capital por trabajador, o, más rigurosamente la elevación de la composición orgánica de capital. En términos monetarios, la inversión por empleado se triplica entre 1940 y 1950, tiene una importante caída hacia 1960, para volver a crecer sostenidamente desde entonces. (cuadro 5)

La disminución aludida, a juzgar por los índices, se debió, por una parte al crecimiento más que proporcional del empleo, en especial de trabajadores improductivos —vendedores, administrativos, etc., en combinación con un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada con anterioridad —parte

CUADRO 5
RELACIONES ANALITICAS
(MILES DE PESOS-PRECIOS CORRIENTES)

	1930	1940	% VAR.	1950	% VAR.	1960	% VAR.	1970	% VAR.	1975	% VAR.
Personal por establecimiento	11.6 —	25.0	115.5	32.8	31.2	59.5	81.4	72.3	21.5	86.8	20.1
Inversión por empleado	3.6 —	6.9	91.7	28.2	308.7	20.8	(26.2)	57.1	174.5	75.1	31.5
Producción por empleado	5.7 —	12.2	114.0	35.7	192.6	75.6	118.8	198.6	162.7	326.1	64.2
Materias primas consumidas por empleado	1.8 —	4.4	144.4	12.8	190.0	33.4	160.9	48.3	44.6	69.8	44.5

Fuente: Calculado con datos del cuadro³.

del equipo e instalaciones, aunque aún útiles, habían perdido valor nominal por la depreciación, compensado en parte por la elevación de los precios de las mejores y las revaluaciones de activos—, y, por la otra, al evidente ascenso de la explotación de los trabajadores directos, lo que se observa nítidamente en la producción *per cápita* (véase el cuadro 6).

Nuestras afirmaciones anteriores pueden ser más fácilmente demostradas si acudimos a los precios constantes, —con los factores oficiales de deflación— a fin de eliminar las alteraciones inflacionarias.

A precios de 1960, éste fue el comportamiento de las relaciones más importantes para los propósitos de conocer el comportamiento de la industria; en los últimos años (cuadro 6):

No obstante que en los setentas la IQF ha sufrido disminuciones en la producción por trabajador

CUADRO 6
(PRECIOS DE 1960)

	1960	1970	% variac.	1975	% VAR (—)
1 Sueldos y salarios Totales (millones).	377.6	911.9	141.5	687.8	(24.6)
2 Ingresos <i>per cápita</i> (miles)	16.4	28.5	73.8	16.4	(42.5)
3 Producción <i>per cápita</i> (miles)	75.6	140.8	186.2	127.1	(9.3)
4 2/3 (%)	21.7	20.2	—	12.9	—

Fuente: Calculado con datos de los cuadros anteriores, con factores deflacionarios del Banco de México, S.A.

ocupado, en términos reales, quienes han soportado sobre sus espaldas el peso de la crisis no son precisamente las empresas —y mucho menos las ETN, como veremos luego.

En el largo plazo —1960-1975— la producción por persona empleada ha avanzado considerablemente mientras que el *ingreso real* ha quedado en el nivel de 1960, después de perder el 42.5% en sólo un lustro: Así la relación entre este ingreso y el valor de la producción se fue deteriorando hasta el punto en que, en 1975, había caído al 12.9% , sin duda una de las más bajas en el sector industrial.

Terminemos este apartado con la breve mención sobre el hecho de que la centralización se da en todos los órdenes: geográfico, financiero, productivo, de mercado, etc.

Por ejemplo, de los 443 establecimientos dedicados a la “fabricación de medicamentos” en 1970, 41, menos del 10% tenían más de 250 trabajadores cada uno, y absorbían el 51.4% del personal ocupado en esa clase de actividad, pagaban el 61.4% de las remuneraciones, eran propietarios del 59.6% del capital invertido neto y el 58.8% de los activos fijos brutos, —pero realizaron sólo el 27.6% de la inversión fija bruta de ese año—, participaban con el 59.4% de la producción bruta total, consumieron el 59.5% de las materias primas y auxiliares y el 55.9 de “otros insumos”, y “constribuyeron” con el 61.8% del valor agregado censal bruto, además de estar casi en su totalidad concentrados en los Estados de México, Jalisco y el Distrito Federal, como se ve en el cuadro 7.

A continuación revisemos el papel que en esta situación han jugado las ETN y su control del mercado.

CUADRO 7

CONCENTRACION GEOGRAFICA DE LA IQF,
EN JALISCO, ESTADO DE MEXICO Y D.F.

1970

(Porcientos)

Número de establecimientos	87.4
Capital invertido	92.9
Personal	95.0
Valor de la producción	95.6
Remuneración al personal	96.4

Fuente: Datos del Censo Industrial.

Las ETN y el mercado de medicamentos en México

El patrón de crecimiento y dominio de la producción y venta de productos farmacéuticos en México por parte de las ETN es similar al del resto del mundo capitalista debido, como ya se comentó, especialmente al control tecnológico y de comercialización mundial que ejercen en la rama.

Sin tratar de extendernos de momento sobre el particular, citaremos a Sanjalla Lall, quien resume claramente la situación al dejar asentado que:

Los países capitalistas desarrollados son responsables del 85% del valor de la producción [QF], los semiindustrializados (España, Portugal, Grecia, Turquía y Yugoslavia) por menos del 5% y el resto del mundo en desarrollo por cerca del 10% (excluyendo a los países socialistas). En términos de exportación, los países desarrollados contribuyen con el 90%, y los otros con 3% y 7% respectivamente [...] cinco países en particular (los EUA, Suiza, Alemania, Francia e Inglaterra) liderean la in-

novación de drogas y juntos realizaron el 89% de los descubrimientos de las 138 principales drogas nuevas entre 1950-1967.²¹

En este contexto, no es difícil entender las relaciones de dependencia que atan a la salud de la población mexicana con el exterior, máxime si se tienen presentes las condiciones en que se dio la industrialización en el país, bajo una "política de sustitución de importaciones" subordinada a los intereses del imperialismo, lo que agudizó el sistema del "capitalismo del subdesarrollo" que aún padecemos.

De la información obtenida para un trabajo coordinado por el que esto escribe, y que publicó la Oficina Internacional del Trabajo en 1976, se puede concluir que la IQF en México nace con un alto grado de supeditación a las ETN: de treinta de ellas, que controlaban el grueso de la producción y venta de medicamentos en 1977 —véase la lista en el cuadro 10— veintisiete se instalaron desde su origen con capital extranjero y las otras tres fueron compradas posteriormente por LQF trasnacionales; *ninguno* se fundó antes de 1930, *cuatro* entre ese año y 1940, *once* entre 1940 y 1950, *trece* de 1950 a 1960 y sólo *uno* después de 1970.²²

²¹ Sanjaya Lall, *The Political Economy of Drug Production and Technology transfer in Developed and Developing Countries*, documento de trabajo, Institute of Economics and Statistics, Oxford University, 1978, pp. 2-3.

²² Información de las empresas a diversas oficinas de gobierno, en especial el Registro de Transferencia de Tecnología.

Este comportamiento en las inversiones de los LQF trasnacionales es muy parecido al de otras ramas. cf. el trabajo original, *El impacto de las empresas multinacionales —ETN— en el empleo y los ingresos: El caso de México*, Ins-

Otro autor llegó a conclusiones semejantes aunque con diferente base:

De las 40 principales empresas farmacéuticas mexicanas —clasificadas según sus ventas— sólo seis se habían constituido hasta 1939, pero en los años cuarenta se constituyeron 11 y en los cincuenta 18. Sólo cinco de ellas se constituyeron a partir de 1960. [De éstas firmas], que representan [—en 1976— el] 68% de las ventas a farmacias, sólo dos son mexicanas: Laboratorios Carnot, S.A. (Núm. 37) y Laboratorios Chinoin (Núm. 40).²³

En los últimos doce meses para los que se obtuvo información en el momento de redactar este escrito, y que van de octubre de 1976 a septiembre de 1977, los 30 principales LQF, todas ETN, centralizaban en sus manos casi el 60% del mercado farmacéutico "nacional", con 1 318 productos de los 80 000 registrados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de los que se sabe son comercializados alrededor de 17 500, por cerca de 612 empresas.²⁴ (cuadro 8)

Cabe aclarar que el cuadro anterior refleja sólo en una mínima parte el dominio del mercado por parte de las ETN debido a que: a) la fuente principal de donde se tomaron los datos presenta por separado a laboratorios aparentemente diferentes, y hasta competidores, pero que en realidad pertenecen a una sola empresa, vgr. *Ciba* y *Geigy*,

tituto de Investigaciones Económicas (UNAM) Oficina Internacional del Trabajo (ONU), Ginebra-México, 1976.

²³ De María, Mauricio "La industria farmacéutica en México", *Comercio Exterior*, núm. cit., p. 888.

²⁴ International Marketing Services, (IMSS) México: *Mercado Farmacéutico*, Suiza, Septiembre 1977; revista *Círculo*, Vol. I, No. 1, enero de 1978, pp. 33-38.

CUADRO 8
PRINCIPALES LABORATORIOS EN VENTAS OCTUBRE 76/SEPT. 77.
(MILLONES DE PESOS)

Laboratorio	% ACUMULADO DEL MERCADO	NUMERO DE PRODUCTOS	MERCADO		77/76
			VENTAS ^b	%	% +
<i>Mercado Total</i>	100.00	17,500	8 648.2	100.00	12.3
1. Wyeth-Vales		28	266.8	3.09	26.7
2. Abbot		57	245.3	2.84	23.4
3. Pfizer		36	240.6	2.78	19.3
4. Scheramex		48	232.5	2.69	10.6
5. Roche	13.97	57	222.5	2.57	23.0
6. Upjohn		33	219.8	2.54	3.9
7. Bristol		23	213.0	2.46	10.1
8. Gaigy		28	202.0	2.34	48.4
9. Lilly		82	192.3	2.22	0.6
10. MSD	25.72	46	189.4	2.19	27.5
11. Syntex		37	185.7	2.15	25.5
12. Ciba		43	185.4	2.14	34.0
13. Promeco		35	177.3	2.05	5.9
14. Bayer		48	171.5	1.98	11.9
15. Mead Johnson	35.95	48	164.9	1.91	13.4
16. Hoechst		50	159.5	1.84	12.9
17. Lakeside		41	159.4	1.84	30.0
18. Roussel		43	156.5	1.81	(2.0)
19. Schering		52	151.0	1.75	22.8
20. Squibb	44.93	66	150.6	1.74	6.8
21. Nestlé		16	141.4	1.63	43.0
22. Sandoz		78	139.2	1.61	17.4
23. Ayerst-ICI		40	137.2	1.59	18.9
24. Boehringer		29	137.2	1.59	7.6
25. Winthrop	52.87	43	131.9	1.52	22.0
26. Merrell		35	126.2	1.46	24.2
27. Beecham		13	122.6	1.42	11.3
28. Lederle		46	114.2	1.32	10.4
29. Parke Davis		63	105.2	1.22	10.5
30. USV-Grossman	59.46	54	101.2	1.17	18.8
Total Productos 30 LQF:		1 318			

Notas: ^a número aproximado, debido a las diferencias entre las fuentes que las hacen ir de 16,000 a 18,000 aunque miles de ellas son únicamente un muestreo de importancia en el mercado.

^b Ventas a precio de farmacia. Aplicando la ganancia promedio de ellas, las ventas al público ascendieron a 10,377.9 millones de pesos en ese lapso.

Fuente: IMS, Núm. cit.



Lakeside y Boehringer Mannheim, Promeco, Europharma y Boeheringer Ingelheim, Beecham y Sanfer, Serral y Miles (casa matriz de un enorme conglomerado que fue adquirido a su vez por Bayer hace algunos meses), etc.²⁵, y, b) por otro lado. . . “sería engañoso considerar que el mercado farmacéutico es muy competido, ya que las empresas han tendido a especializarse y ello ha conducido a que dentro de los principales mercados terapéuticos existan casi siempre estructuras oligopolísticas de mercado.”²⁶

Esta especialización, se deriva de la propia esencia de los medicamentos, cuya característica mercantil (su valor de cambio) está en buena medida limitada por la morbilidad existente y los resultados de la etiología local, y por la persistente promoción de ventas de los LQF que analizaremos posteriormente; lo que sin duda distorsiona la realidad.

Por ejemplo, entre los diez grupos terapéuticos más importantes, que en 1976 concentraban el 55.1% de las ventas totales de medicamentos, se encontraban en segundo lugar las vitaminas, con más del triple del mercado que lo que correspondió a los antidiarréicos y antisépticos intestinales, cuando una de las principales causas de mortalidad en México es precisamente ese tipo de males. (Véase el cuadro 9).

²⁵ Informes de las empresas, *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Moody's Industrial Manual*, De María, *Art. cit.*, quien abunda diciendo que [. . .] “En esos términos, los 20 principales grupos representaron en 1974 alrededor de 56% de las ventas y los 30 principales grupos 77 por ciento.” (p. 889) [. . .] y el proceso de centralización parece incontenible.

²⁶ De María, *art. cit.*, p. 890.

CUADRO 9
MERCADO FARMACEUTICO MEXICANO 1976.
PRINCIPALES GRUPOS TERAPEUTICOS (SECTOR PRIVADO)

No GRUPO TERAPEUTICO	VALOR* (Millones de pesos)	% DEL MERCADO
TOTAL MERCADO FARMACEUTICO:		
1. Antibióticos vía general	7 993.4	100.0
2. Vitaminas	1 491.8	18.7
3. Antitusígenos-antigripales	572.9	7.2
4. Alimentos Generales	516.4	6.5
5. Analgésicos	363.2	4.5
6. Hormonas sexuales + ESTIM. GENIT	322.2	4.0
7. Antiinflamatorios y antireumáticos	321.3	4.0
8. Psicolépticos	245.5	3.1
9. Antidiarréicos + ANTISEPT. INTEST.	205.6	2.6
10. Antiinfecciosos ginecológicos	184.3	2.3
	172.1	2.2
TOTAL:	4 395.4	55.1

Fuente: IMS, Tomado del "Informe Grupo Roussel", 1976.

* Precios pagados por las farmacias. Sector Privado.

Un panorama semejante se observa si analizamos el mercado farmacéutico por formas de medicación. A pesar de los grandes agregados que se utilizan en el cuadro (número 10), la concentración resalta claramente.

De ciento ochenta y tres laboratorios que compiten en el área de los antibióticos, diez de ellos —*todos transnacionales*— tenían el 56.3% de las ventas; de treinta y dos en broncodilatadores, cinco controlaban casi el 70%; de ciento nueve en anti-histamínicos diez dominaban más del 65%, etc. Y la situación se agudiza, desde luego, si las categorías

se desagregan y llegamos a las "especialidades de las especialidades", en donde el grueso de importantes mercados descansa en unos cuantos productos, como el de los "antiúlceras péptica", en el cual tres productos tienen el 100%, y así por el estilo.

Esta centralización del mercado resulta, sin lugar a dudas, una excelente fuente de beneficios. . . para las ETN, las que casi duplicaron sus ganancias de 1970 a 1974, a despecho de la crisis nacional e internacional del sistema, como lo demuestran las cifras que pudimos obtener para 35 de esas firmas, y que proporcionamos en el cuadro 11.

CUADRO 10
 CONCENTRACION DEL MERCADO POR FORMAS DE MEDICACION
 OCTUBRE 76/SEPT. 77

PRODUCTOS LABORATORIOS	UNIDAD +00	VENTAS MILLONES DE PESOS	%	CONCEN- TRACION	No. LABT.
Antibióticos	72 8 72.0	1 918.5	100		183
1. Bristol	4 764.4	182.8	9.5		
2. Upjohn	5 735.9	149.8	7.8		
3. Pfizer	5, 012.0	131.4	6.8		
4. Beecham	2 778.0	115.8	6.0		
5. Scheramex	2 264.0	98.6	5.1	35.2	
6. Bayer	2 022.0	94.8	4.9		
7. Lilly	2 015.2	89.0	4.6		
8. Lakeside	13 713.9	86.5	4.5		
9. Wyeth-vales	4 411.5	73.5	3.8		
10. Squibb	5 114.0	63.6	3.3	56.3	
Fluorinado/no- Fluorinado	13 349.1	454.1	100		112
1. Syntex	2 931.5	94.0	20.7		
2. Scheramex	1 551.5	61.9	13.6		
3. MSD	911.8	43.9	9.7		
4. Schering	1 014.7	30.1	6.6		
5. Upjohn	401.3	20.6	4.5	55.1	
6. Ciba	439.3	16.7	3.7		
7. Geigy	430.3	16.6	3.7		
8. Squibb	421.9	16.0	3.5		
9. Glaxo	369.3	15.4	3.4		
10. Sophia	502.8	12.4	2.7	72.1	
TOTAL CINCO FORMAS		2 786.1			

CUADRO 10
 CONCENTRACION DEL MERCADO POR FORMAS DE MEDICACION
 OCTUBRE 76/SEPT. 77
 (Continuación)

PRODUCTOS LABORATORIOS	UNIDAD + 00	VENTAS MILLONES DE PESOS	%	CONCEN- TRACION	No. LABT.
Broncodilatadores	1 856.2	49.5	100		32
1. Merrell	452.6	12.8	25.9		
2. Glaxo	285.2	10.3	20.8	46.7	
3. Riker	107.4	4.9	9.9		
4. Wintrop	150.2	3.3	6.7		
5. Campana	145.1	3.0	6.1	69.4	
Sulfonamidas	1 267.1	25.4	100		55
1. Lederle	196.2	4.8	19.0		
2. Roche	241.3	4.2	16.6		
3. Squibb	172.9	2.9	11.5	47.1	
4. Mead Johnson	23.8	1.8	7.1		
5. Ingram	114.8	1.6	6.4	60.6	
Antihistamínicos	20 026.1	338.6	100		109
1. Scheramex	3 611.4	48.5	14.3		
2. Robins	1 842.0	41.7	14.3		
3. Pfizer	1 200.4	24.2	12.3		
4. Merrel	1 108.5	22.3	7.1	33.7	
5. Promeco	1 217.9	21.5	6.6		
6. Parke Davis	1 481.2	15.7	6.4	46.7	
7. Abbott	492.6	13.0	4.6		
8. Oftasa	1 196.4	12.0	3.8		
9. Colombia	850.1	11.3	3.3		
10. Winthrop	695.6	11.3	3.3	65.3	

Fuente: IMS, *ob.cit.*

CUADRO 11
DESARROLLO DE LAS UTILIDADES
DE 35 ETN QUIMICO-FARMACEUTICAS
1970-1974

	1971	1972	1973	1974	
INCREMENTO DE UTILIDADES (%)	2.5	22.3	8.4	40.2	
UTILIDADES ABSOLUTAS (Millones de pesos)	235.2	241.1	294.9	319.7	448.2

Fuente: Información de las propias empresas a diversos organismos oficiales y a la Bolsa de Valores. Tabulación del autor.

Para los intereses nacionales, las consecuencias de ver a un sector de tal importancia como el farmacéutico dependiendo de decisiones tomadas en el exterior sobre el qué producir, cuánto producir, cómo venderlo, a quién comprar las materias primas y a qué precio, han sido definitivamente negativas.

La dependencia en éste último sentido, el de las materias primas, es abrumadora, según se deriva de los datos del cuadro 12, elaborado con cifras oficiales. Aunque se nota una ligera mejoría en algunos renglones, como en antiinfecciosos o antibióticos, durante los últimos años, es indiscutible que la sujeción de las filiales y subsidiarias QF a los dictados de sus casas matrices obstaculiza —impide, de hecho— el contar con dichas empresas para la construcción de cimientos sólidos que posibiliten la edificación de una IQF nacional. Tendremos que buscar otra salida, cuyas principales guías, a nuestro juicio bastante viables, sugerimos al final de este trabajo.

Cuadro No. 12
DEPENDENCIA DE LAS MATERIAS PRIMAS
DE LA IQF % IMPORTACIONES

	1970	1975
Hormonas	85.7	85.2
Antibióticos	83.3	51.0
Antiinfecciosos	43.0	29.1
Vitaminas	76.1	71.2
Alcaloides	76.6	70.7
Varias	63.3	54.1

Fuente: Calculado con datos de la Asociación Nacional de la Industria Química, A.C., Anuario 1976, tomados de Aguilar Medina, Ricardo, A. *La industria farmacéutica en México. Análisis de las posibilidades de su mexicanización*, tesis profesional, Facultad de Economía, 1978, p. 38.

El impacto de las prácticas productivas y comerciales —como la sobrefacturación— de los LQF transnacionales sobre la balanza de pagos es uno de los más nocivos puesto que su constante deterioro revela los graves problemas de un proceso de acumulación deforme y carente de la flexibilidad suficiente para corregir su rumbo, en especial en lo que se relaciona con la fabricación de bienes de capital.

Sírvanos como ejemplo los datos del cuadro 13, recogidos de una fuente ya citada y que —recordemos— se refiere solamente a la balanza comercial de 40 empresas, es decir, no refleja la enorme sangría de recursos de toda la industria ni incluye movimientos de capitales, como pagos por tecnología, asistencia técnica, patentes y marcas, ni envío de utilidades al exterior.

Aún así, el saldo negativo acumulado en cinco años (casi 4 700 millones de pesos) es más del 60%

superior a la inversión total en activos fijos brutos de la IQF en 1975. Pensamos que ante tales comparaciones los calificativos resultarían ociosos.

En el ámbito estrictamente interno, la estructura de la industria analizada ha hecho posible que, a pesar de los pretendidos controles gubernamentales, los precios de los productos farmacéuticos observen un tenaz aumento, primordialmente en la fase en que se aceleran las consecuencias de la crisis.

En el cuadro número 14 se confirma lo anterior con mucha claridad: ¡Un aumento promedio de 58.4% en cinco años!, que se dispara en los meses de octubre de 1976 a septiembre de 1977, bajo la excusa de que se trata de “nuevos productos” y “nuevas fórmulas”. Aseguramos que se trata de una excusa debido a que son muy pocos los medicamentos que pueden ser considerados como un adelanto terapéutico real (Como Tagamet, por ejemplo, que, según parece, es útil en la cicatrización de úlceras gastrointestinales).

La enorme mayoría de las “novedades” con las que se burlan los “controles” de precios no son otra cosa que modificaciones menores en la dosificación y combinaciones de dos o tres sustancias activas ya utilizadas desde hacía mucho tiempo por separado cuyo nuevo costo se presenta “inflado”, incluso más alto que el correspondiente a la suma del de los dos medicamentos originales, pero que su introducción en el mercado permite a los fabricantes conservar —o aumentar— sus ganancias.

Sin que tengamos suficiente evidencia, en el largo plazo, para demostrarlo, todo parece indicar que la introducción de “nuevos” fármacos observa un comportamiento cíclico al que lo arrastran las oscilaciones del capital total, que obligan a los LQF a “defender” su tasa de ganancia afectada por la crisis.

Cuadro No. 13
Industria Químico Farmacéutica
Balanza Comercial

Saldos	
1970-1975	40 empresas
(Millones de pesos)	
1970	-500.7
1971	-541.5
1972	-675.0
1973	-847.1
1974	-1 079.7
1975	-1 035.2
	-4 679.2

Fuente: Dirección General de Aduanas, Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Tomado de de María, *op. cit.*, p. 898.

Cuadro No. 14
Evolución de los precios de medicamentos
Mexico 1972-1977
1972 = 100

	1973	1975	1977 ^a	NP ^b	NF ^c
Éticos	103.1	124.1	155.7	374.7	290.3
Populares	95.8	122.1	169.1		385.6
Total	102.0	124.6	158.4	412.9	308.2

Fuente: Calculado con datos del IMS, *ob. cit.*

Notas: ^a enero-septiembre; ^b NP- Nuevos productos; ^c NF- Nuevas formas.

El cuadro 15 nos proporciona un pequeño esquema de esta cuestión.

Aun teniendo en mente el impulso que la fetichización de la mercancía tiene en el capitalismo, consideramos que la irracionalidad propia del sistema se magnifica en casos como el de la IQF, máxime si se trata de productos que no agregan nada a las posibilidades terapéuticas sociales. Sólo para ejemplificar nuestras aseveraciones, mencionemos casos de "nuevos" medicamentos: *Nordiol* y *Nordet*, de Wyeth-Vales, anticonceptivos lanzados en 1970 y 1974 respectivamente, sin otra "novedad" que la dosificación; *Dioctin*, de *Abbott*, (1976) en el que se mezclan la *jatropinal* y un "moderno" fármaco: *Abbecitro compuesto*, (1975) cuyas "in-

novaciones" son combinar el ácido cítrico y el tartárico, con el dimetilpolisiloxano y. . . ; bicarbonato de sodio!, y así por el estilo.

Esta "renovación" constante de las líneas de productos de los LQF es la premisa fundamental para la reproducción ampliada del capital de la rama y, sobre todo, del sostenimiento del flujo global de ganancias de los conglomerados transnacionales. Y el ritmo de lanzamiento de medicinas está condicionado por —y retralimenta a— la existencia de un elaborado sistema publicitario y promocional que incide fuertemente en los precios de estas mercancías.

Sin duda alguna, los recursos dedicados a las actividades publicitarias y promocionales de los LQF son los que absorben "la parte del león" en sus costos.

Aunque varíen de empresa a empresa, e incluso de producto a producto en una misma firma, en términos generales puede afirmarse que los "gastos de mercadotecnia" (ventas, publicidad y promoción de ventas) son muy superiores al costo de producción, llegando a representar hasta el doble o el triple del mismo, e incluso mucho más en los casos de nuevos productos o presentaciones y "campañas especiales".²⁷

De acuerdo a declaraciones del Presidente de la Cámara de LQF del total del precio al público, de las medicinas, un 27% corresponde a investigación y difusión "científica", de los cuales más de la mitad —15%— estaban destinados a publicidad y

²⁷ Véase el análisis del costo de los productos medicinales en Bernal Sahagún Víctor M., *Anatomía de la publicidad en México*, Editorial Nuestro Tiempo, México, 2a. ed. 1977, pp. 199-201.

Cuadro No. 15
"Nuevos" productos lanzados por los
primeros 30 laboratorios en ventas
México 1970-1977

Años	Número de Productos
1970	27
1971	49
1972	40
1973	35
1974	52
1975	40
1976	33
1977	26
Total ocho años	302

Fuente: Calculado con datos del IMS.

promoción de ventas,²⁸ y en el resto —12%— están incluidos el “control de calidad”, y diversos pagos al exterior, que no pueden ser considerados como “investigación”, que en muy pocos casos sobrepasa al 0.5% en México.

La magnitud de tal gasto es fácilmente comprensible si sabemos —según la misma fuente— que la mano de obra directa significaba sólo el 5%, las materias primas el 30% del precio de venta y el número de visitantes médicos era de 10,000, el 23% del empleo total y cerca del 70% del número de obreros dedicados a esa actividad.²⁹

Indudablemente, en este estado de cosas es insoslayable la responsabilidad de los médicos del país, quienes prescriben acríticamente los medicamentos que les promueven y se han convertido así en los verdaderos agentes de ventas de los LQF transnacionales. En parte, su actitud se debe a las conocidas deficiencias en la enseñanza de la medicina que produce miles de profesionistas —no sólo médicos— impreparados, fácilmente manipulables con los argumentos pseudocientíficos preparados por los LQF, en parte también a un complicado sistema de corrupción abierta y disfrazada, en la que intervienen científicos de la medicina con “prestigio”, que avalan productos no suficientemente probados, lo que genera una “reacción en cadena” de recetas de sus alumnos y seguidores, y en la que participan acuerdos entre LQF/farmacia/médicos.

Resumiendo, las cifras de ventas y las tendencias del crecimiento de los principales LQF —transnacionales, como hemos visto antes— hablan del “éxito” del aparato promocional descrito. Sin em-

bargo, los resultados *sociales* a que han contribuido están a la vista: ascendente control de la rama por firmas del exterior; centralización del mercado interno; injustificada y desproporcional elevación de precios; lo que impide el acceso de la mayoría de la población a los medicamentos; irracional y anárquica multiplicación de productos inútiles —y peligrosos en muchas ocasiones—;³⁰ corrupción tanto en el sector de medicina “social” como en el privado; elevadas fugas de divisas por concepto de utilidades, regalías, pagos por “asistencia técnica” déficits de la balanza comercial; sobre y subfacturación; creciente dependencia tecnológica; etcétera.

Para terminar permítaseme tan sólo mencionar brevemente algunas proposiciones que, estamos convencidos, ayudarían, *como medidas transitorias*, a mejorar las condiciones de precaria salud en que se encuentra la población mexicana.

Proposiciones para el mejoramiento de la salud social en México

La solución a fondo de los problemas sociales que trae consigo la estructura de la industria químico farmacéutica en México es sumamente compleja y al mismo tiempo más sencilla de lo que parece.

Los intereses económicos y políticos que se oponen —abierta o embozadamente— a que esa parte vital de la economía y la sociedad nacional sirva a los auténticos fines populares, son múltiples y muy poderosos. Así, ante la imposibilidad *inmediata* de cambios estructurales, o, al menos, de nacio-

²⁸ Revista *Círculo*, Núm. cit. pp. 33-38.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Véase el libro *The drugging of the americas*, Milton Silverman, University of California Press, Berkeley, 1976.



nalización de las industrias básicas, como sin duda lo es ésta, consideramos que es posible lograr algunos avances, entre los cuales proponemos:

- 1) Reducción del número de fármacos en el mercado al estrictamente indispensable en términos de las necesidades sociales de salud, las que, está plenamente demostrado, podrían ser atendidas por no más de 500 a 600 productos;
- 2) Asignación de cuotas de producción y ventas de esos medicamentos por medio de concursos abiertos, tanto para proveer a las instituciones oficiales como al "mercado". La selección de fabricantes recaería en una comisión *ad hoc* formada por técnicos de los organismos de investigación de los institutos superiores (Instituto Politécnico Nacional, Universidades, etcétera), representantes de trabajadores, de los organismos responsables de la salud social, de científicos independientes de reconocido prestigio, y de uniones internacionales relacionadas;
- 3) No autorización *en ningún caso* de precios superiores a los *mínimos* encontrados en el mercado mundial;
- 4) En el caso en que la demanda interna y/o el costo de producción no justificara la fabricación local, se deberá buscar el establecimiento de acuerdos regionales, preferentemente interestatales. Si aún así fuese menos costoso el adquirir los productos en el mercado internacional, la compra debería hacerse al mejor postor, y la distribución correría a cargo de organismos oficiales del ramo;
- 5) Tratamiento fiscal de utilidades a los gastos de promoción y publicidad, y prohibición

absoluta de cargarlo al costo, para todos los efectos de control de precios;

- 6) Establecimiento de áreas de investigación prioritarias, basadas en la morbilidad nacional; la investigación tendría las siguientes características:
 - a) Ser interdisciplinaria, con el objeto de privilegiar la medicina preventiva sobre la curativa;
 - b) Ser descentralizada, en un intento permanente de resolver los problemas de salud en donde se presenten y al menor costo posible;
 - c) Ser autónoma de las empresas privadas y del Estado. Inicialmente el financiamiento se canalizaría por medio de los institutos técnicos y universidades quienes serían los encargados —en coordinación con los organismos de salud nacionales e internacionales— de establecer las jerarquías de investigación; y,
 - d) Como coadyuvante al proceso de investigación, los centros mencionados deberían disponer, primero, de plantas experimentales y, luego, de instalaciones más complejas que les permitieran producir los medicamentos genéricos requeridos por el sector social de la salud. Una organización de este tipo traería como ventajas más inmediatas tanto el mejoramiento de la preparación profesional —médicos, químicos, biólogos, farmacólogos, etcétera— como un gran impulso descendente en los costos de producción, amén de aprovechar al máximo al mejor personal especializado del país;
- 7) Simultáneamente, se deberá propugnar por la educación masiva de los médicos en ejer-

cicio y establecer cátedras adecuadas en las carreras de medicina para capacitar a dichos profesionistas en prescripción de medicamentos genéricos y evitar —hasta donde sea posible— las tendencias al uso de las “marcas de fábrica”, y,

- 8) Las proposiciones anteriores deberán estar comprendidas —después de los estudios previos indispensables— en un Plan Nacional de Salud que tenga como fin último y primordial el dar acceso a *toda* la población nacional —sin distinción de raza, sexo o actividad—, en cumplimiento de uno de los derechos inalienables del ser humano: el derecho a la salud. 