

LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS (1)

Hugo Mercer*

Un primer elemento a definir en el análisis de la prescripción médica contemporánea es el escenario donde ésta se desarrolla la sociología ha tomado muchas veces el modelo de la acción teatral para explicar el acontecer social. Eso llevó a definir actores, a estudiar sus papeles y a ubicarlos en un escenario, esta elección no resultaba fortuita y muchas veces respondía a una necesidad de esconder los verdaderos determinantes de la acción social.

En nuestro caso podríamos circunscribirnos a estudiar la conducta prescriptiva dentro del escenario de un consultorio y ver el desempeño de los actores médico y paciente como una relación basada en un acuerdo ético claramente establecido. Sin embargo intentaremos abordar la problemática de la prescripción médica estableciendo desde el inicio las condiciones del escenario actual.

A partir de 1870, en Europa, se comienzan a sentir efectos de una segunda revolución industrial. A la creciente utilización de nuevas formas de energía - petróleo, electricidad - se le suma el desarrollo de grandes inventos: teléfono, colorantes sintéticos, motor de explosión, etc. Pero por sobre estos hechos se observa una situación peculiar: la vinculación entre el conocimiento científico y la producción material. Por primera vez se da una relación tan estrecha entre el trabajo científico y la producción fabril, que tendrá una decisiva repercusión para lo que hoy día es la industria farmacéutica.

Algunos historiadores de la ciencia llaman a este proceso el establecimiento de una nueva "línea dominante" en el desarrollo del conocimiento, "línea" que a partir de entonces deja de situarse en la labor mera-

mente teórica y contemplativa, para ubicarse en el espacio de la práctica (1). Más específicamente, los historiadores de la economía pueden ejemplificar ésta dominación de los requerimientos prácticos, con un caso típico: la fábrica BASF de Alemania, dedicada fundamentalmente a la producción de anilinas, estuvo subvencionando durante más de quince años trabajos de laboratorio en busca del índigo sintético, lo que al fin logró reportando a la firma enormes beneficios, y cuantiosas pérdidas a los ingleses que importaban el índigo natural de la India, donde tenían sus plantaciones (2).

Este ejemplo de la industria química de la cual se derivó posteriormente la rama farmacéutica es ilustrativo de los elementos que constituyen el "escenario" actual de esta producción.

En 1870 encontramos ya Investigación y Desarrollo como inversión orientada a la producción, tenemos también una situación de competencia internacional que se basa en países productores de materias primas y países que las industrializan. El índigo de 1870, fué también el tanino de 1930, y el barbasco o el níquel de nuestra década.

Esos son sin duda elementos que se hacen presentes en forma reiterada en la evolución histórica de la industria química farmacéutica, pero si bien a fines del siglo pasado el nacimiento de la industria farmacéutica se realizó como una derivación de otras industrias (textiles, colorantes, explosivos, etc.), hoy en día el círculo se ha invertido pasando a depender estas industrias del desarrollo de las modernas transnacionales farmacéuticas.

(1) Ponencia presentada a la X Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina. U.A.S.D. República Dominicana, Noviembre 1977.

* Coordinador de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

Particularicemos en algunos de estos aspectos, nos hemos referido en primer lugar a la relación entre Investigación y Desarrollo con la Producción. A fines del siglo pasado la incorporación de una innovación tecnológica por parte de un capitalista le redituaba beneficios mayores durante el período en que monopolizaba dicha innovación. Marx lo analiza en términos de beneficios extraordinarios que obtiene el capitalista al poder aplicar innovaciones desconocidas por sus competidores (3), la presunción básica en Marx es que dada la rápida y completa difusión del conocimiento técnico, éste beneficio extra termina siendo temporario, este supuesto, señalan algunos autores, debe suprimirse en el capitalismo monopolístico.

Lo que resultaba claro para fines del siglo pasado como separación de dos ámbitos: el espacio de la producción, constituido por la fábrica con su cuerpo valorativo e ideológico, orientado al lucro y el espacio científico de la Universidad; el laboratorio, sin más orientación valorativa que una supuesta búsqueda del bien común, deja de serlo para nuestro presente. La producción capitalista impregna otros ámbitos, la prescripción, el consumo y hasta la investigación de productos éticos como los medicamentos asumen también determinaciones lucrativas. Chudnovsky señala al respecto que "el conocimiento técnico es hoy el resultado de una actividad institucionalizada dentro de las grandes compañías, y por consiguiente muchas de las inversiones e innovaciones ya no provienen de personas ajenas a las firmas, sino que resultan de la actividad de trabajadores científicos dentro de una definida organización capitalista" (4).

La actividad inventiva ha pasado del ámbito del pequeño productor de mercancías a la esfera del capitalista, la institucionalización de esa actividad, significa su definitiva incorporación al proceso de producción capitalista de las grandes empresas. Más enfáticamente, este mismo autor, considera que los inventores se han convertido en proletarios, en sus palabras: "el capitalista explota cierta fuerza de trabajo con el fin de obtener mercancías que tienen la particularidad de ser productores de beneficios monopolísticos".

Para apoyar esta máquina de invención-producción, también es necesario que exista paralelamente un mecanismo que permita usufructuar estos beneficios. Esta situación se da dentro del contexto de una economía monopolística, lo que permite que la plusvalía no se apropie únicamente en el proceso productivo, sino que abarque también la posterior circulación y consumo, aprovechando las particularidades del conocimiento técnico como mercancía.

Las patentes, y todo el sistema jurídico correlativo le dan su necesario marco de funcionamiento. Un estudio de la UNCTAD, señala al respecto que en la mayoría de los países en desarrollo, las sociedades extranjeras poseen el grueso de las patentes y según cálculo correspondiente a 1972, la propiedad extranjera de patentes en los países en desarrollo ascendió en total a un 84o/o y que en muchos países tal cifra era aún mayor (5).

Es dentro de este "escenario" donde queremos analizar las condiciones de la prescripción médica, esta introducción sirve entonces para salir del recinto casi artesanal de la relación médico-paciente y poder visualizar las determinantes de su actual desarrollo. Quizás aún nos falten nexos explicativos, dado que esta temática ha sido escasamente estudiada en América Latina, por lo que resalta como una necesidad: vincular la concentración de capital y la monopolización de la tecnología por parte de la industria farmacéutica con las diversas modalidades que asume la práctica médica en nuestros países.

LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS:

Existe una reiterada explicación de la evolución del conocimiento médico como una marcha progresiva de las capacidades diagnósticas y terapéuticas, marcha paralela, que se hace residir fundamentalmente en la vinculación entre la clínica y la farmacoterapia. Esta explicación nos impide ver que la historia de un conocimiento científico es también un proceso de rupturas desigualdades e intereses parciales. Por lo que el momento de la prescripción de medicamentos debemos descomponerlo en sus etapas centrales, resulta entonces conveniente preguntarnos cómo se elabora la conducta prescriptiva en el médico.

La actividad médica ha sido una especie de paradigma de conducta racional, de secuencia lógica, de actitudes científicas alejadas de todo juicio valorativo. Para lograr un profesional dotado de todas estas virtudes y capacitado para actuar con base a una racionalidad científica, se estableció un pormenorizado proceso educacional, la escuela o facultad de medicina estructurada según el modelo flexneriano es ejemplo de este sistema formativo. Berliner (6) señala que al asumir la medicina esta función paradigmática para el conjunto de las ciencias, la Escuela de Medicina Norteamericana establece, en cierta forma, el espejo científico donde se mirarán en el futuro las escuelas latinoamericanas. El informe Flexner significó una nueva forma "de comprender el cuerpo, de estructurar la investigación y también de basar el diagnóstico y la

terapéutica". El informe Flexner, al proponer una medicina científica nueva, también trataba de ubicar el foco de la investigación sobre el individuo, y más especialmente en el nivel sub-individual (célula y órgano). Esto no sólo servía para ocultar la relación entre el ambiente externo y la enfermedad, sino que también tendió a centralizar la investigación sobre la cura y prevención de la enfermedad más en el individuo que en la colectividad". Esto asociado a una imagen del cuerpo humano como una máquina, lo que es coherente con una conducta instrumentalista en el diagnóstico y en el tratamiento.

El cuerpo se puede entonces fraccionar y tratar parcialmente sin afectar al resto de la totalidad, vemos entonces que es sobre esta base positivista donde se estructura la nueva educación médica que desde los EE.UU. se ha irradiado a nuestros países. Dentro de este enfoque resulta coherente que la farmacoterapia se transmita como un partícipe de mediana importancia en el curriculum médico. A pesar de ser la práctica terapéutica de uso más frecuente y de mayor gravitación en términos económicos, la intensidad de tiempo que a ella se destina y su forma de enseñanza es paradójicamente escasa.

En la mayoría de las escuelas de medicina de nuestro continente la enseñanza de la farmacología responde al criterio de que ".... debe ubicarse después de los cursos de bioquímica y de fisiología y cuando el estudiante conozca ya los procesos patológicos generales" (7). Como señala García (8) resulta conveniente preguntarse acerca del porqué de esta ubicación y también acerca de qué consecuencias acarrea a la formación del médico.

El estudiante de medicina, a quien se le considera una tabla rasa sobre la cual al ingresar a una escuela o facultad, comienzan a inscribirse nuevos y "verdaderos" conocimientos científicos no lo es tanto. Resulta imposible considerar a cualquier individuo dentro de nuestras sociedades como una tabla rasa o un Robinson Crusoe alejado de las determinaciones del sentido común y de la información que la propaganda difunde persistentemente.

La enseñanza de la farmacología, según el modelo derivado del paradigma flexneriano queda inserta generalmente al promediar la carrera universitaria. No es un conocimiento introductorio ni tampoco un área integrada a la aplicación clínica, con lo que la formación científica en aquello que se va a transformar en el instrumento de mayor utilización por parte del fu-

turo médico opera sobre nociones propias del sentido común que no han sido eliminadas, y por otra parte desvinculada de la práctica terapéutica concreta.

La enseñanza de la farmacología es coherente entonces con el modelo educacional positivista, parcializando el aula de la población, o separando el laboratorio de la sala clínica. Este proceso formativo genera el recurso humano sobre el cual articula su accionar la producción farmacéutica.

Si en períodos previos el farmacéutico y el médico conocían la elaboración y utilización de los productos magistrales, la necesaria evolución de la industria distanció enormemente sus conocimientos de sus prácticas. Esta educación médica que enajena al futuro profesional a formas prescriptivas que escapan a su razonamiento lógico no es aleatoria, al contrario es coherente con el tipo de instrumento que se necesita para que más del 80o/o de las consultas médicas terminen en la prescripción de uno o más medicamentos.

La fase siguiente en la conducta prescriptiva del médico es el propio ejercicio asistencial, al respecto se ha señalado que la propia rapidez con que se introducen los nuevos productos y las pequeñas variaciones entre los productos ya existentes y los nuevos nombres, combinado a una carencia deplorable de información oficial sobre los costos y la eficacia relativa de los medicamentos, han hecho que la profesión médica dependa casi exclusivamente para su información de las propias empresas farmacéuticas, lo que "debido a su carácter promocional, la información que proporcionan sobre las medicinas las empresas productoras no llega a satisfacer normas rigurosas de objetividad" (9).

Si unimos esta modalidad de difusión propagandística del conocimiento científico a las condiciones en que se desarrolla la educación farmacoterapéutica, no nos extraña observar que se manifieste que los médicos no están en condiciones de justipreciar racionalmente las afirmaciones de las empresas farmacéuticas y se dejan así influir mucho por las poderosas técnicas promocionales.

El citado estudio de la UNCTAD, señala al respecto que la contribución de las técnicas de promoción para un mayor dominio del mercado farmacéutico es probablemente, aún mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados de economía capitalista. No solamente los médicos reciben una formación análoga a la de los médicos de los países desarrolla-

dos, con lo que se familiarizan con los nombres comerciales internacionales sino que, tanto ellos como sus enfermos tienen un fuerte prejuicio, a veces justificadamente reforzado, por el temor de que algunos productos nacionales sean de calidad inferior. (10).

Sinteticemos al respecto, que con una educación que limita el conocimiento más que extenderlo y con un mecanismo de información continua en manos de los laboratorios farmacéuticos, el médico se llega a transformar en un instrumento condicionado, y con escaso margen de decisión propia.

La conducta prescriptiva del médico es entonces necesario vincularla a los sujetos hacia los cuales va dirigida, al definir la demanda de los pacientes podemos diferenciar la existencia de dos componentes, el explícito basado en una necesidad de tratamiento técnico, acompañada de un contenido implícito de demanda de ayuda. Es también un acuerdo tácito que el médico atiende estos dos componentes de la demanda, sea en el ámbito privado o en el institucional hospitalario.

Si bien esta respuesta médica adquiere diferentes connotaciones según se desarrolle en un hospital estatal o una clínica privada, es importante reconocer que el medicamento se transforma en la demanda más frecuente por parte de la población asistida a lo que el médico responde de igual manera.

Vemos entonces que la producción farmacéutica impregnó primero el campo de la investigación, extendiendo la fábrica al laboratorio, integrando una relación funcional entre ambos. El paso siguiente fueron los servicios, sea en el consultorio o en el hospital, la prescripción pasó a depender en gran medida y para algunos grupos terapéuticos, en particular, de la información y estímulo de las empresas farmacéuticas.

Esto fué factible debido en gran medida a que se convirtió al elemento central de la prescripción médica en una mercancía. El pasaje de un producto ético a un bien sujeto a las condiciones de intercambio y consumo ha sido de central importancia, tanto para el medicamento en sí mismo como para la práctica médica en su conjunto. El medicamento - mercancía ocupa un espacio central dentro del campo de la salud, por eso hemos mencionado ya su expansionismo al abarcar las áreas supuestamente éticas, haciendo a la par más visibles el condicionamiento ideológico de dichas áreas.

La población en general, posee una imagen del medicamento, imagen en la que están presentes la capacidad terapéutica unida a una posibilidad de solución rápida, visible, manuable a su problema. Problemas que dado el carácter que asume el medicamento pueden ser resueltos por un acto más de consumo. Esta situación final del consumo, sin embargo, no debe hacernos perder de vista que la raíz del problema no reside en este momento.

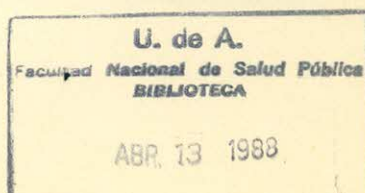
A lo largo de esta presentación, se ha tratado de insistir en que el eje en torno al cual se desarrollan las manifestaciones distorsionadas de la farmacoterapia, es la producción.

El aporte central del materialismo histórico al "descubrir" la plusvalía, fué el de identificar que su generación se daba en el momento productivo, que es en el proceso de trabajo en donde se estructuran las relaciones básicas de nuestra sociedad. Dejando así de lado concepciones que hacían ver la generación del valor a partir de la satisfacción de necesidades subjetivas o en el consumo en general.

Algo similar debemos realizar para explicar también las realidades y mistificaciones del medicamento. Buscar su realidad en cada uno de los momentos de su desarrollo, desde la invención hasta el consumo final, pero teniendo presente que la base explicativa está dada por la particular forma que asume dentro del capitalismo monopolista. Por eso hablar de Farmacología significa reconocer la existencia de otros componentes en el medicamento además de las sustancias químicas. Componentes estos que tienen un efecto tan real y concreto como los otros.

La pregunta que nos podemos formular es, cuánto tiempo más dejaremos presente en la actividad educativa sólo el elemento "bioquímico", por llamarlo de alguna manera sumamente general. Durante varios años se pudo ocultar que la generación del valor en el acto productivo implicaba la explotación, no será ya el momento de correr el velo ético sobre el cual se ocultan los medicamentos, para evidenciar a los estudiantes de medicina, odontología, enfermería, farmacia, etc., que son ellos también futuros eslabones en la realización de una mercancía más?.

Llamar al medicamento mercancía no tiene sólo una connotación peyorativa, también implica reconocer que posee un elemento útil, al igual que los alimentos, abrigos, etc. que consumimos. Pero si en las universidades pretendemos desarrollar una práctica científica



debemos incorporar a la actividad educacional todos los elementos de la realidad. Hacer visible lo inconsciente, evidenciar lo encubierto parece ser el desafío que se nos plantea a los docentes del campo de las ciencias de la salud.

Pero hay que tener presente también que ya se ha perdido mucho tiempo y que existe una sólida estructura montada sobre el medicamento, que inclusive una vez generada y establecido un hábito consumista puede llegar a manejarse, incluso sin el médico. Los datos acerca de la creciente automedicación provenientes de diversos países latinoamericanos así lo ates-

tiguan, al igual que el fenómeno de la prescripción por parte de otro personal que no es el médico. Frente a este punto se hace necesario reconocer que la responsabilidad educacional no compete sólo a los docentes de farmacología sino al conjunto de los docentes de las escuelas o facultades, el medicamento se ha transformado de una solución terapéutica en un problema que debe ser "remediado" por todos.

Evitando como decía La Fontaine que "el temor a un mal lleva a usar remedios que hagan caer en otro mal peor".

BIBLIOGRAFIA

1. FICHANT, M. y PECHEUX, M. Sobre la historia de las ciencias. México, Siglo XXI, 1971.
2. SUAREZ, F. La industria farmacéutica argentina. Buenos Aires, Universidad del Salvador, 1973.
3. MARX, K. El capital. México, Siglo XXI, 1976. T.3 Cap. 10.
4. CHUDNOSKY, D. Empresas multinacionales y ganancias monopólicas. México, Siglo XXI, 1974.
5. UNCTAD. La función del sistema de patentes en la transmisión de tecnología a los países en desarrollo. TB/B /AC. 11/1.9, 1975.
6. BERLINER, H. A larger perspective in the flexner report. International Journal of Health Service 5(4), 1975.
7. COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS/OPS. En la enseñanza de la farmacología. Washington, 1969.
8. GARCIA, Juan C. Educación médica en América Latina. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. (Publicación Científica, 255).
9. Ibid.
10. Ibid.