



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

**MERCANTILIZACIÓN DE LA VIDA A PARTIR DE LA
SALUD**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Economía

P R E S E N T A:

MARIO SERGIO MEDINA FASSÉN

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Claudia Guadalupe Valadez Sánchez

CO-DIRECTOR:

Dr. Antonio Mendoza Hernández

Ciudad Universitaria, CD. MX. 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mercantilización de la vida a partir de la salud

*"Un mundo enfermo, el paraíso de ganancias
para la industria farmacéutica"*

Contenido

Contenido	3
Dedicatoria:	5
Agradecimientos	6
Prólogo	8
Mercantilización de la vida a partir de la salud	12
Capítulo I: El lado "B" de la Industria Farmacéutica	15
1.1 Industria Farmacéutica	16
1.1.1 Los inicios del desarrollo del Fármaco-Industrial	19
1.2 Estructura del Mercado Farmacéutico Internacional	21
1.3 Las Empresas Transnacionales	28
1.4 La Industria Farmacéutica en los países subdesarrollados.	30
1.5 Los medicamentos	33
1.6 Controversia de los medicamentos genéricos	36
1.7 La medicalización	40
1.7.1 El médico como medio para colocar el producto del laboratorio al cliente	43
1.8 Medicamentos prohibidos que se venden en México sin receta médica	48
1.9 El papel que juegan los medios de comunicación en el mundo de la farmacéutica.	51
1.10 Conclusiones:.....	55
Capítulo II: La manufactura de enfermedades	61
2.1 La Salud	63
2.2 La compra de la clínica.....	67
2.3 Medicina Contemporánea	72
2.4 Formas de manufacturar enfermedades.....	75
2.5 Lo que comemos en el neoliberalismo	78
2.6 El negocio de una sociedad de "todos enfermos"	80

2.7 Medicalización en las mujeres.....	84
2.8 Autismo.....	88
2.9 Factores biológicos, psicológicos, sociales, medioambientales y culturales que deben considerar y complementar la atención médica.....	90
2.10 Enfermedades medioambientales.....	93
2.11 Conclusiones.....	98
Capítulo III: Una economía crematística.....	101
3.1 Definición de la crematística según Aristóteles.....	101
3.1.1 Características de la crematística.....	103
3.2 Formas de utilizar la crematística según Aristóteles.....	104
3.3 Conclusiones.....	107
Capítulo IV: Otras formas.....	109
4.1 Medicina Alternativa.....	112
4.2 Alimentación.....	115
4.2.1 Terapias nutricionales- alimenticias.....	116
4.3 Casos prácticos.....	119
4.3.1 Open the pills (abrir las pastillas).....	119
4.3.2 Amanda Baggs.....	121
4.3.3 Comunidad Chatina y sus formas de sanar.....	123
4.4 Conclusiones:.....	125
Reflexiones finales.....	126
Bibliografía.....	131
ANEXO.....	138

Dedicatoria:

Todos somos el resultado de la gente que estuvo y está a nuestro alrededor, los cuales han conformado lo que ahora somos.

Es por ello que este trabajo va dedicado a todas aquellas personas que me han brindado apoyo, alegría, conocimiento, cuidados, dedicación, reflexión, consejo, desafíos, atención, regaños y que son parte muy importante en mi vida.

Agradecimientos

Sin duda esto no se hubiera logrado sin el ser que te da la vida, mi madre; la cual ha sido una incansable guerrera, la que siempre he visto con gran admiración y amor. Gracias por todo lo brindado para sacarnos adelante, gracias por todo el cariño, por ser mi ejemplo a seguir, por las lecciones de vida y por ser esa leona en toda la extensión de la palabra.

Mis abuelos: A los cuales les debo las tres cuartas partes de lo que soy ahora. Mis maestros de vida, los más consentidores pero estrictos a la vez, personas admirables, llenas de valores y de amor. Me hicieron creer toda la vida y me demuestran con su ejemplo que aún existe gente que busca el bien y que busca hacer de este mundo, un mundo mejor.

A mi hermosa novia por ser motor y maestra de vida, gracias por enseñarme a creer y a crecer juntos.

A mis herman@s por todo su amor y complicidad; gracias Jimena por todas las aventuras, Victoria por llegar a mi vida y por todas las risas, Pao por ser tan bonito ser humano y todo lo que irradian, Nani por ser tan auténtica e irreverente, Migue y Alan por su nobleza. Amanda por ser mi prima cuarta favorita.

A mis tías por verme y tratarme siempre como a uno de sus hijos.

A personas que llegaron a mi vida mitad familia mitad mejores amigos: Gracias a ambos por la motivación y por todas esas pláticas. Amado por ser mi mejor amigo desde que nací, José Luis me hubiera gustado que llegaras antes, pero más vale tarde que nunca, gracias por siempre estar y por todos los consejos.

Gracias por ser los mejores amigos y quedarse en mi vida: Bouchan S., Miguel M., Fernanda P., Edgar.C, me han demostrado lealtad y realmente ser los mejores, agradezco cada experiencia vivida a su lado.

Gracias a esas personas que logran transmitirte conocimiento y en especial a quienes lo hacen de manera muy peculiar siempre con la mejor actitud y con el fin de querer mejorar las cosas, en mi caso a mis asesores de tesis, los cuales siempre estuvieron apoyando, corrigiendo, dando ideas y sembrando esa semilla de inquietud que es necesaria para el universitario. Gracias Profesora Claudia Valadez y Profesor Antonio Mendoza.

Gracias a todos ustedes por motivarme a querer llegar lejos y siempre decirme: viaja, conoce, lee, piensa, valora, analiza, pregunta, estudia, atrévete, disfruta, cuestiona, corrige, ayuda, valora, VIVE.

Gracias a mi casa de estudios, gracias UNAM por hacerme pensar diferente, por todos esos maestros que motivan y por los conocimientos transmitidos, gracias por brindarnos héroes reales y mentes que en su actuar diario buscan transformar para bien este mundo.

Prólogo

Las razones que me llevan a elegir el tema de **mercantilización de la vida a partir de la salud** no solo es por cuestiones académicas también tiene una carga importante de motivos personales.

Soy una persona que desde que nació estuvo rodeado del mundo de la medicina, mi madre siempre estuvo en este entorno como enfermera anestesista y más adelante su esposo como médico cirujano, por lo cual crecí entre hospitales, cirugías, congresos, consultas, diagnósticos, clínicas, médicos, enfermeras, equipo médico, laboratorios y medicinas. Siempre fascinado y admirado de lo que era capaz de hacer la medicina, salvar y cambiar vidas.

Sin embargo al ir creciendo y analizando un poco, gracias en buena medida a la formación adquirida en la facultad y en especial por las temáticas que se desarrollaban en algunas materias las cuales despertaban el análisis más profundo, la interpretación de la historia, el cuestionamiento del modo de producción contemporáneo, los procesos de investigación y el acercamiento hacia otros tipos de economía más sustantiva, humana, reflexiva, crítica. Me di cuenta que había algo adicional de fondo más allá que solo médicos y medicina, había intereses económicos, laboratorios y cosas un tanto maquiavélicas que me parecían injustas. Y en particular una historia que me afectó directamente me hizo querer tocar y explorar en este mundo de la salud más allá de lo que estaba acostumbrado a ver.

Hace un par de años una de mis mejores amigas fue diagnosticada con el virus del papiloma humano (VPH). Como resulta lógico pensar, su mundo se vino abajo en cuanto tuvo el diagnóstico mediante una prueba de laboratorio que le prescribió una ginecóloga como prueba de rutina.

Lo peor de todo no fue solo el recibir la noticia, la angustia se incrementó cuando la doctora habló con ella y le dijo una cantidad de información que sonaba más a

sentencia de muerte que a diagnóstico. Le dijo cosas como que si no tomaba el tratamiento terminaría con cáncer de cuello uterino, que le iban a salir una serie de verrugas las cuales debería prevenir untándose diariamente geles, que tenía que tomar una dotación de medicamentos y complementos los cuales no la curarían porque dicho sea de paso se dice que el VPH es una enfermedad de por vida e incurable, además de eso tenía que acudir a consulta una vez al mes por tiempo indefinido para llevar un control.

Por lo tanto no sólo tenía que lidiar con una enfermedad incurable y de por vida que le podía causar daños catastróficos, ella además tenía que sumar el derroche económico que esto le acarrearía y todo para al final solo estar “controlada” sin jamás poder curarse e incluso este gasto tremendo no le garantizaba que el virus no se volviera más agresivo y terminara con cáncer.

Los contras se pueden seguir sumando, en el aspecto social, ya no podía tener una vida sexual normal, estaba consciente de que si estaba con alguien lo iba a contagiar porque este virus es capaz de propagarse incluso con el uso de preservativo.

Por si fuera poco sus alternativas médicas no brindaban resultados alentadores, otros doctores proponían cirugías y medicamentos diferentes pero iguales de costosos e igual sin brindarle una cura definitiva.

El escenario era oscuro para el lado al que se mirara, la medicina convencional no le estaba brindando ninguna salida a su problema, por lo que sin nada que perder decidió buscar fuentes alternativas de curación. La búsqueda sin embargo tampoco fue fácil, se cruzó en el camino con mucha charlatanería de gente que abusa de la desesperación de las personas.

Sin embargo no desistió hasta que llegó a la medicina oriental y en ella empezó a andar por los caminos de las medicinas alternativas hasta llegar a un estilo de vida llamado macrobiótica, el cual consiste en buscar un modo de alimentación sano, natural y balanceado combinado con otras técnicas como la meditación, la herbolaria y algunas otras más.

Dedico 6 meses de su vida de manera disciplinada a este proceso, sin gastar cantidades exorbitantes, sin acudir a consultas cada mes y de costos elevados, sin tomar ningún fármaco. Los cambios que notaba no solo eran relativos a su padecimiento sino en general se sentía muy saludable y con energía.

Pasados ocho meses decidió realizar la prueba de detección de VPH de nuevo, para sorpresa de la doctora y dicha de ella, la prueba salió negativa, no aparecía más el virus del papiloma humano en su resultado y por ende en su organismo.

Sin duda fue un momento de gran felicidad, satisfacción y alivio para ella, prácticamente volvió a nacer. Pero lo interesante de esta historia no es solo el que se curó sino todo lo que despertó de tras de esto.

En primer lugar despertó la posibilidad de curación total a una enfermedad que la medicina convencional no le brindaba, y lo logro despegándose de estilos de vida característicos del modo de vida actual, llenos de consumismo, comida procesada y alterada químicamente, sin tomar medicinas farmacológicas y sin sedentarismo. Rompió con una cadena la cual la iba a tener atrapada por el resto de su vida a laboratorios y procesos médicos. Y en segunda pudo alzar la mano y decir que si existen alternativas, permitió observar que como ella hay millones de personas más que se encuentran en situaciones lamentables a causa de este mundo distorsionado de engranaje farmacéutico.

El interés de esta tesis por tanto no es mostrar en lo absoluto los beneficios de la macrobiótica, es más serán mínimamente tocados, lo realmente importante para mí fue el observar que en la medicina convencional lamentablemente impera el interés económico en muchos aspectos por encima del interés en la sanación real de las personas. Lo cual es sumamente triste y enfurecedor, puesto que la salud, en el sentido más profundo de la palabra, es decir; como un estado completo de bienestar tanto físico, mental y emocional es el motor natural del ser humano y es por ello que es tan susceptible al abuso y más bajo un esquema de mercado neoliberal en el cual la ganancia se encuentra sobre todas las cosas y pasa por encima de la ética,

los valores, el sentido común, el respeto por el ser vivo y lo más importante que tiene para desarrollarse como ser pleno: su salud

Mercantilización de la vida a partir de la salud

La industria farmacéutica desarrolla estrategias empresariales cuestionables, se basa en el miedo, la capacidad que tiene el modo de producción capitalista para enfermar a través de todos los tóxicos con los que opera y en el poder que le dan sus productos de “aliviar” y con base a ello genera ganancias a costa de la salud de las personas.

Es por ello que el presente trabajo sugiere que: La industria farmacéutica bajo el modo de producción capitalista busca un mundo de (todos) enfermos para mercantilizar la vida de las personas. Basándose de las condiciones del propio modelo y en concreto de la medicación y consumo de fármacos para así mantener vivo el engranaje que los coloca como una de las industrias más ricas y poderosas del mundo. Entendiendo como mercantilización de la vida al proceso por el cual se van introduciendo dentro del contexto del mercado: actividades y recursos útiles e indispensables para vivir del cual además se ven favorecidas terceras personas.

Dicha mercantilización por tanto en el argumento de la tesis es a través de la salud, pero de una salud que ha sido impuesta, legitimada, estilizada y modificada según intereses del propio mercado el cual utiliza diferentes recursos entre los que destacan:

El uso y apropiación de *medios de comunicación* que muchas veces exageran, distorsionan y omiten información con el fin de convencer, a la vez que funcionan como aparatos de legitimación los cuales dictan las normas que la gente debe seguir.

La subordinación de la parte *médica y científica*, los cuales garantizan que el modelo se reproduzca y funcione.

Y por último la distorsión de la economía vista y tomada por el modelo capitalista como *crematística* es decir buscando el interés monetario y de riqueza por encima del bien común.

Por tanto lo que se pretende es mostrar como las condiciones en las que se maneja el modo de producción capitalista y por ende los imperios farmacéuticos, brindan todas las pautas para que la mercantilización de la vida a través de la salud pueda generarse.

Para finalizar se pretende de igual forma hacer un acercamiento a lo que podría verse como alternativas u otra forma de hacer y ver las cosas, tanto en forma de actuar ante el panorama contemporáneo neoliberal como propiamente de formas médicas y curativas no hegemónicas.

El presente trabajo constara de cuatro capítulos:

El primero de ellos llamado: *El lado "B" de la Industria Farmacéutica* tratará de abordar lo que hay detrás de lo que se observa comúnmente o de lo que se muestra en los medios como industria farmacéutica, y se hace en 3 partes; la primera: partiendo brevemente de los antecedentes históricos que la llevaron a forjarse como el imperio que ahora es, pasando por la forma en la que está estructurada, las principales empresas que la componen, y su comportamiento en los que han sido denominados como países subdesarrollados. Mientras que la segunda parte se encarga de hablar del "insumo" que utiliza la industria farmacéutica: el medicamento y el uso de este como bien de mercado. Por ultimo; se plantea el tema del papel de los medios de comunicación en el entorno de la farmacéutica.

El segundo capítulo se denomina: *La manufactura de enfermedades*, en él se plantea las formas en las que el modo de producción actual está enfermando a la población, desde la técnica que utiliza para generar sus procesos productivos hasta la manipulación de ciertos parámetros para generar o denominar a algunas condiciones como enfermedades.

Este capítulo parte de un análisis fundamental que realiza Michel Foucault en los años sesenta en su libro *el nacimiento de la clínica*, puesto que da las bases de como se ha desarrollado la forma de producir enfermedades históricamente a través de lo que se denominara como aparatos de legitimación, sin embargo; en el capítulo encontramos que dichos aparatos legitimadores no son más los que señalaba Foucault, ahora han cambiado en función del neoliberalismo, pero no dejan de ser igual de importantes y relevantes para comprender la lógica entorno a la manufactura de enfermedades, incluso se puede decir que gran parte de este análisis es lo que le da soporte al resto de los subcapítulos y problemáticas que se abordan en este capítulo II, tales como la forma en la que se lleva a cabo la producción de enfermedades, la tergiversación en él ha caído el concepto de salud, lo que implica en el sentido económico una sociedad enferma, las problemáticas de los formas de alimentación actuales y el uso de medicamentos y técnicas que mantienen a las personas en condiciones de enfermedad.

En el capítulo tres: *Una economía crematística*: se busca ayudar a fortalecer lo planteado en los capítulos anteriores, al entender a la economía desde una perspectiva crematística, se deja entrever y entender la conducta ambiciosa del actuar de las entidades fármaco-industriales multinacionales.

Se describe lo que es la crematística y en que difiere de la economía. Por tanto, la farmacéutica vista desde una perspectiva crematística resulta evidente que se desempeña de la forma en que lo hace, buscando la ganancia económica en demasía por encima de lo que sería más conveniente para la población.

Para finalizar, en el capítulo 4 se aborda el tema respecto a “otras formas” de abordar las problemáticas, en primera instancia desde una trinchera personal, buscando sustituir sustantivos por verbos lo cual se aborda con más profundidad en el capítulo pero que en resumen se trata de generar caminos propios para no caer en la dependencia. Se aborda la temática de las medicinas tradicionales y alternativas como una vía aparte de la medicina hegemónica que no contempla al ser humano como una totalidad y se culmina con una serie de experiencias que muestra que si existe otra forma de ver y hacer las cosas.

Capítulo I: El lado "B" de la Industria Farmacéutica

En este capítulo se busca abordar lo que está más allá de lo que la mercadotécnica y algunos medios nos presentan como Farmacéutica.

La salud vista como un bien de consumo se traduce en adquisición y uso de fármacos lo que implica a su vez que el sistema produce por un lado atención médica y por el otro mercancías llamadas medicamentos. Estos agentes encargados de la producción se han ido conformando históricamente como potencias industriales.

El duelo entre consumo y producción de salud tiene orígenes sumamente antiguos y no tendría que ser juzgado como algo malo ni necesariamente reprochable, sin embargo la cuestión que preocupa es que dichas formas de consumo y producción hoy en día no han logrado separarse de los patrones que rigen las leyes del consumismo, productividad, expropiación y alineación que marca el sistema de producción capitalista y neoliberal.

Es por eso la importancia que adquieren los medicamentos como bien de mercado para la industria farmacéutica. Tan solo observar las cifras que gastan los países en salud alrededor del mundo (casi diez por ciento del PIB mundial en 2014 según datos del Banco mundial) nos permiten corroborar dicha importancia.

Alrededor de los medicamentos también se encuentra el corazón del engranaje y actuar del médico actual: recetar un fármaco es condición casi obligada de los tratamientos y las consultas médicas, lo que lo posiciona como en el componente terapéutico básico y garantiza el consumo potenciado del mismo.

Los motivos que acercan a la explicación de este hecho tienen que ver con la lógica propia del mercado y de la industria de fármacos hasta la formación de los propios médicos, pasando inevitablemente por la cultura de la sociedad capitalista caracterizada por fomentar y tratar problemas sociales de manera global y

terminando con la forma en que se ha moldeado a la cultura para reaccionar con terror tanto a la enfermedad como a la muerte.

En resumen lo que se busca abordar en este capítulo es la relación preocupante entre la producción de medicamentos farmacéuticos, los medios que se utilizan para colocar los productos en el consumidor final y la práctica médica hegemónica entendida como factor principal de reproducción de la industria farmacéutica.

1.1 Industria Farmacéutica

En el modo de producción capitalista que predomina actualmente ha llegado a tal rapacidad al grado de atentar contra el gran tesoro del ser humano: La salud. “El mercado farmacéutico supera las ganancias por ventas de armas, drogas y telecomunicaciones” (Sabugo, M. 2014),

La mayor parte de las empresas farmacéuticas tienen carácter internacional y están presentes en muchos países a través de sus filiales. El sector es tecnológicamente muy adelantado y abarca la biología, bioquímica, ingeniería, microbiología, farmacia y farmacología, medicina, enfermería, física, etc. Esta industria desarrolla actividades de investigación y desarrollo (I+D), producción, control de calidad, marketing, representación médica, relaciones públicas o administración.

La globalización le ha permitido maximizar sus beneficios ya que compran las materias primas en los países donde son más baratas (países en vías de desarrollo) e instalan sus fábricas en donde las condiciones laborales son más ventajosas.

El mercado farmacéutico está dominado por grandes empresas de los países industrializados, a pesar de los avances de algunas naciones en desarrollo y acapara una gran parte del mercado mundial gracias al control de la innovación y el desarrollo. Como describe el doctor Correa en su libro: oportunidades y desafíos para los países en desarrollo: “el sector farmacéutico se encuentra en continuo

crecimiento y se caracteriza por una competencia oligopólica en la que 25 empresas controlan más del 50% del mercado mundial".

La capacidad competitiva se basa en la investigación y desarrollo (I +D), en la apropiación de las ganancias mediante el sistema de patentes y en el control de las cadenas de comercialización de los medicamentos.

Ninguno de los países en desarrollo cuenta con industria farmacéutica propia, a excepción quizás de Brasil y de la India, aunque de alguna u otra forma siguen sin lograr una completa emancipación ya que al igual que algunos países que han sido capaces de crear laboratorios nacionales dependen mayoritariamente de los proveedores de materias primas químicas y, por consiguiente, de las industrias químico-farmacéuticas que pertenecen también a estas. Un reducido grupo de países (Estados Unidos, Unión Europea y Japón) dominan la casi totalidad de la producción, investigación y comercialización de los fármacos en el mundo.

La industria farmacéutica es nada menos que una de las cinco industrias más lucrativas del planeta, a la par de las industrias de tecnología, financieras, software y las aseguradoras (Mele, 2006)

Eso explica el enorme poder y beneficios que posee incluso ante la clase política y que la mayoría de ellas se encuentren nacidas y establecidas en los grandes países capitalistas y bloques económicos es decir tanto en la Unión Europea como en los Estados Unidos.

Esta industria a su vez se encarga a modo de estrategia de promocionar medicamentos y enfermedades utilizando los medios de comunicaciones para hacer llegar su mensaje a la sociedad, la cual busca tratamientos a sus problemas, los cuales muchas veces son generados o trastocados por la misma industria.

Algunas veces financian organismos de ayuda a pacientes y consumidores, ocupando sus departamentos de relaciones públicas y marketing, con lo cual ayudan a nutrir el mercantilismo organizado por las compañías farmacéuticas

La influencia en cuanto a la prescripción de los medicamentos por parte de los médicos depende en gran parte de los regalos, pagos de viajes, congresos, financiamiento de publicaciones científicas. También se hacen valer de líderes de opinión de la profesión médica a través de cursos impartidos y artículos publicados en revistas especializadas importantes.

La mayoría de los estudios de investigación de fármacos están financiados por las compañías farmacéuticas que crean dichos fármacos. Aunque el hecho no significa siempre que el estudio esté sesgado, la probabilidad de que las conclusiones sean favorables al fármaco estudiado es entre cuatro y cinco veces mayor que con financiadores sin ánimo de lucro (Morell, 2009)

Dichas compañías además buscan conseguir fabulosas ganancias, recurriendo a estrategias muchas veces cuestionables que gracias a su poder suelen gozar de una gran impunidad, aplastando a competidores menores y presionando a los gobiernos. Los precios que fijan son muy elevados, mientras que algunos de sus productos dañan la salud de las personas.

Entre las principales estrategias utilizadas por la industria farmacéutica para obtener sus ganancias millonarias destacan:

- Realizan una gran presión propagandística de los medicamentos que fabrican, aunque no sean útiles y puedan ser nocivos para la salud.
- Explotan al máximo los medicamentos en forma de monopolio y en condiciones abusivas que no tienen en cuenta las necesidades objetivas de los enfermos ni su capacidad adquisitiva
- Reducen la investigación de las enfermedades que afectan principalmente a los países pobres, porque no son rentables, mientras se concentran en los problemas de las poblaciones con un alto poder adquisitivo, aun cuando no

se trate de enfermedades (como la proliferación de “medicamentos” antienvjecimiento)

- Fuerzan las legislaciones nacionales e internacionales para favorecer sus intereses, aunque sea a costa de la salud y la vida de millones de personas.
- La colaboración de las multinacionales farmacéuticas con la industria química, las universidades, y su apuesta en el I+D han ayudado al crecimiento económico y al desarrollo de la ciencia y la tecnología. Pero su poder oligopólico está poniendo en riesgo la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos y el acceso a los medicamentos a gran parte de la población, han generado graves problemas de salud, han creado situaciones de alarma social para vender sus productos, como en el caso del Tamiflú contra la Gripe A y han promovido la corrupción (sobornos a médicos y políticos) o dañado a la salud con sus productos.

1.1.1 Los inicios del desarrollo del Fármaco-Industrial

El desarrollo de un fármaco – industrial nace con la segunda guerra mundial. Ya que Alemania como una estrategia de guerra comienza a dejar de exportar medicamentos, drogas e insumos básicos a otros países, lo cual echó a andar el motor de las naciones afectadas para iniciar un desarrollo farmacéutico industrial.

Es en este periodo que empiezan a producirse industrialmente medicamentos tales como la *Penicilina*, la *Atrabina*, la *Aspirina*, la *Sulfanilamida*, para combatir las enfermedades más peligrosas del momento tales como la neumonía, la malaria, la meningitis y de las cuales muchos soldados eran víctimas. Empresas como Pfizer y Bayer ya estaban en el campo de juego y es en este periodo del siglo XX que

muchos de los medicamentos contemporáneos surgen (anestésicos, antibióticos, analgésicos, antiepilépticos, esteroides) .

Pero este desarrollo tiene su lado “B” ya que con el surgimiento de estas drogas vienen también los efectos secundarios provocados por las mismas y el mercado oligopólico y sumamente rentable que la industria farmacéutica conformo.

Hasta hace unas décadas, el negocio de los laboratorios farmacéuticos consistía en patentar determinadas drogas para lanzarlas al mercado a un precio relativamente asequible para los sistemas estatales de salud, un precio que en ningún caso impedía que los dueños de los citados laboratorios se encontrasen entre las personas más ricas del planeta.

A partir de la década de los ochenta, por la globalización y el neoliberalismo, los grandes laboratorios tendieron a la concentración y cambiaron su modo de actuar, con la intención de recoger los beneficios en un plazo mucho más corto.

Uno de sus mecanismos fue eliminar la competencia de la pequeña industria y de las universidades públicas, al convertirse en empresas casi monopolísticas a escala global impusieron sus precios irracionales a los distintos sistemas de salud.

Como ejemplo en un artículo llamado: “El negocio de los laboratorios farmacéuticos, crimen contra la humanidad” (Angosto, 2015) se menciona que "la *terifunomida*, principio activo que tiene efectos muy beneficiosos para los enfermos de Esclerosis Múltiple, apenas cuesta fabricarla unos cuantos euros, pero el tratamiento se vende a cuarenta y cinco mil euros anuales.

1.2 Estructura del Mercado Farmacéutico Internacional

Bain J. menciona: El mercado farmacéutico internacional es un ejemplo típico de una conducta monopolística de un mercado. Es decir, la estructura de un sector determina la conducta o estrategia de las empresas que en él operan, afectando se da también en sentido contrario: los resultados determinan la conducta y esta la estrategia. (Vicente, 2009)

A través del paradigma de “Estructura-Conducta-Resultados” dada esta interrelación de cada uno de estos tres elementos del Paradigma en el caso del sector farmacéutico se puede encontrar el elevado poder de mercado de sus empresas, y encontrar que el proceso de difusión de tecnología de esta industria es muy controlado.

El número y tamaño de las empresas que lo componen controlan no sólo la tecnología, sino la distribución, el mercado y las diferentes áreas de mercado. De hecho las cincuenta mayores empresas farmacéuticas a nivel global según el ranking de The Pharma Esec 2014 son quienes determinan el comportamiento global del mercado farmacéutico (Anexo 1).

A continuación se presenta una tabla de indicadores de la Estructura del Sector Farmacéutico. En relación con la cuota de mercado de una empresa, cuanto mayor sea, mayor será su poder de mercado. En la columna cuota, se representa el grado de concentración en el sector.

Tabla 1. Comportamiento de la Estructura del Sector Farmacéutico global

(Datos en millones de dólares y en porcentajes)

RANKING	EMPRESA	ORIGEN	VENTAS 2014	GASTO EN I+D	I+D/VENTAS %	CUOTA %	ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN
1	NOVARTIS	SUIZA	\$46,017	\$9,360.30	20.34	8%	0.08
2	PFIZER	NUEVA YORK	\$45,011	\$6,254.00	13.89	8%	0.15
3	ROCHE	SUIZA	\$39,143	\$8,293.50	21.19	7%	0.22
4	SANOFI	FRANCIA	\$37,701	\$6,117.40	16.23	6%	0.28
5	MERCK & CO	NEW JERSEY	\$37,519	\$7,123.00	5.00	6%	0.34
6	GLAXOSMITHKLINE	INGLATERRA	\$33,055	\$5,041.00	15.25	6%	0.40
7	JOHNSON & JOHNSON	NEW JERSEY	\$26,475	\$5,810.00	21.95	4%	0.44
8	ASTRAZENECA	INGLATERRA	\$24,523	\$4,269.00	17.41	4%	0.48
9	ELI LILLY	INDIANAPOLIS	\$20,119	\$5,316.20	26.42	3%	0.52
10	ABBVIE	CHICAGO	\$18,709	\$2,831.00	15.13	3%	0.55
11-50	EL RESTO		\$270,033	\$47,380.30	17.5461147	45%	
TOTAL (10)			\$328,272	\$107,795.70		55%	
TOTAL(50)			\$598,305	\$107,795.70		100%	

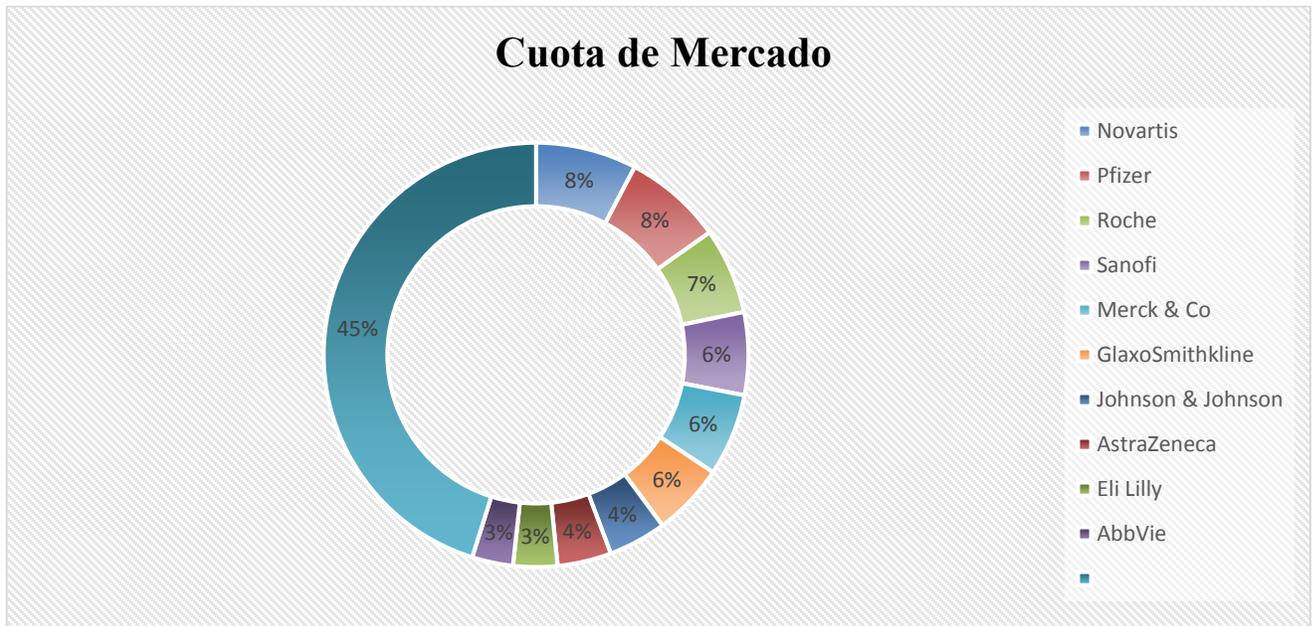
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE PHARM EXEC'S PHARMA 50 2014

Si un sector está altamente concentrado, como se muestra en la tabla, entonces está formado por pocas y grandes empresas, lo que les concede poder de mercado. Así pueden competir con estrategias monopolistas u oligopolistas, lo que les permite establecer precios y cantidades en los productos comercializados que les favorecen, es decir, que les generan resultados extraordinarios.

Analizando los datos de las farmacéuticas recogidas en la Tabla 1, se observa que la suma de sus cuotas de mercado supera la mitad del sector. Esto ya indica una clara concentración empresarial, y queda reafirmado con el cálculo del índice de

concentración, que recoge las cuatro primeras empresas, es casi del 30%, un valor muy elevado para tratarse de un mercado global.

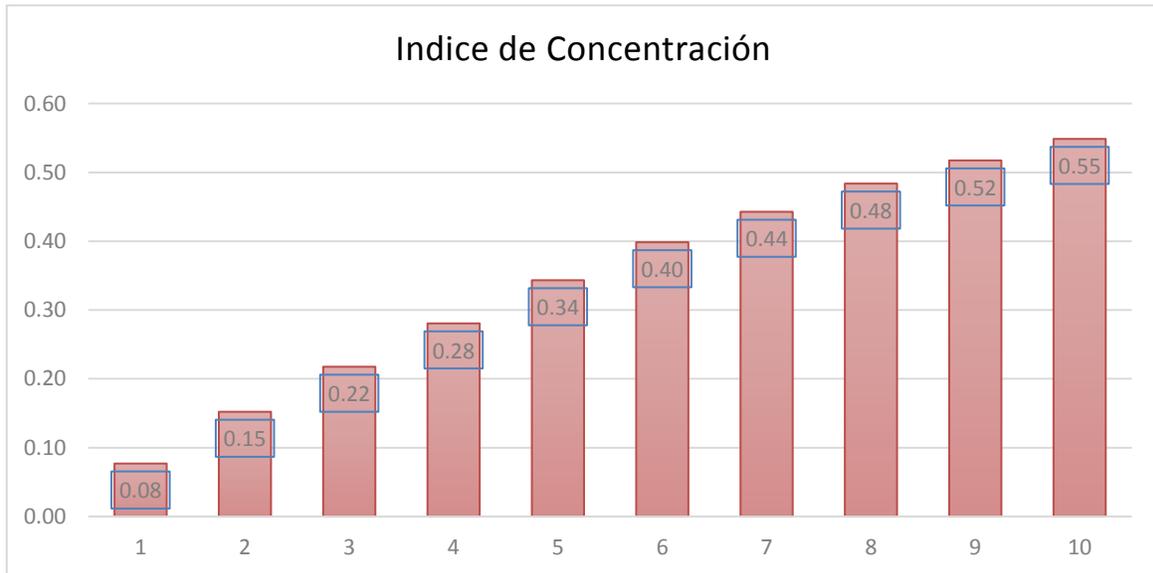
Gráfica 1.1 Sector farmacéutico mundial: cuota de mercado



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE PHARM EXEC'S PHARMA 50 (2014)

Además de la elevada concentración empresarial del sector, también conviene señalar la alta concentración geográfica. Las diez primeras empresas se localizan principalmente en EE.UU. Inglaterra y Suiza, y si se considera la nacionalidad de las cincuenta farmacéuticas recogidas por Pharma Execs, dicha concentración geográfica abarca también a Alemania, Francia y Japón de forma representativa, y de manera excepcional aparecen Israel, Bélgica, o Islandia. Aunque aún no sabemos nada de su estrategia, sí se puede ir deduciendo que el elevado volumen de sus ventas puede ser resultado de su elevada concentración sectorial.

Gráfica 1.2 Índice de concentración del sector farmacéutico mundial



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE PHARM EXEC'S PHARMA 50 (2014)

El proceso de creación del sector farmacéutico: su concentración empresarial, y concentración geográfica en torno a EE.UU., Alemania, Suiza, Francia e Inglaterra como consecuencia de cinco periodos sucesivos de generación de tecnología médica. A su vez, cada uno de estos periodos va marcando ciertos rasgos característicos de este sector que se han convertido en barreras de entrada al mismo para empresas ajenas a él. (Achilladelis, B, 2001)

El trabajo de Achilladelis, B. y Antonakis, N previamente mencionado considera que en el sector farmacéutico hay siete fuerzas conductoras de innovación tecnológica estas son: avances científicos y tecnológicos, materias primas disponibles, demanda del mercado, competencia, necesidades sociales, legislación de los gobiernos, y especialización científica, tecnológica y de mercado de las empresas.

Las seis primeras son generales o ambientales, es decir, afectan a todas las empresas intensivas en I+D mientras que la última es específica de cada empresa, de manera que cada compañía variara su organización interna y estrategia (departamentos de I+D, desarrollo de tecnología, utilización de nuevas materias

primas; nuevas estrategias de marketing, departamentos de ventas, de patentes y legislativos, etc.) según como manejen sus metas corporativas.

Los cinco periodos sucesivos de generación de tecnología médica se dieron a partir de los años 1820, 1880, 1930, 1960 y 1980 respectivamente, como consecuencia de los efectos que las seis fuerzas ambientales conductoras de innovación tecnológica sobre las empresas, teniendo como resultado la aparición de cinco generaciones de farmacéuticas, y la consolidación y liderazgo de EE.UU., Alemania, Suiza, Francia e Inglaterra como países productores en este sector.

Por último, la quinta generación es la que establece las características de las farmacéuticas de la primera década de los 2000, dan lugar a la estructura de este mercado tal y como lo conocemos actualmente. En los años anteriores a la década de los ochenta, las farmacéuticas especializadas en la producción de anti-hipertensivos, analgésicos, anti-bacterias, y medicamentos para el sistema nervioso central (CNS medicines) habían alcanzado su madurez; por lo que ya estos medicamentos se producían de forma masiva como genéricos o medicamentos sin receta (*Over The Counter drugs* OTC).

Esto llevo a que las farmacéuticas dirigieran su inversión en I+D hacia enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y de origen dérmico que representaban las principales necesidades y tenían un gran potencial de mercado. Así, las farmacéuticas con mayor capacidad de inversión en I+D, a la vez que mantenían sus esfuerzos hacia la innovación, iniciaron procesos de integración vertical acometiendo también los procesos de producción de genéricos.

Por otra parte, en esta década muchos sectores tecnológicos maduros, con bajos ingresos, se movieron hacia países en vías de desarrollo para reducir costes, lo que produjo el incremento de flujos de capital hacia sectores intensivos en investigación. El sector farmacéutico fue uno de ellos, ya que ofrecía una alta y estable rentabilidad derivada de las enormes ventas que los genéricos producían.

Esto hizo que el valor de sus títulos alcanzara elevados precios. Dada la rentabilidad de la industria farmacéutica, las compañías del sector continuaron fusionándose o

adquiriendo empresas productoras de genéricos y distribuidoras de medicamentos. Como resultado, el sector estaba altamente concentrado en empresas globales con un alto grado de integración.

Gráfica 1.3 Estructura de I+D en las 10 empresas Top del sector farmacéutico mundial

(Datos en millones de dólares)



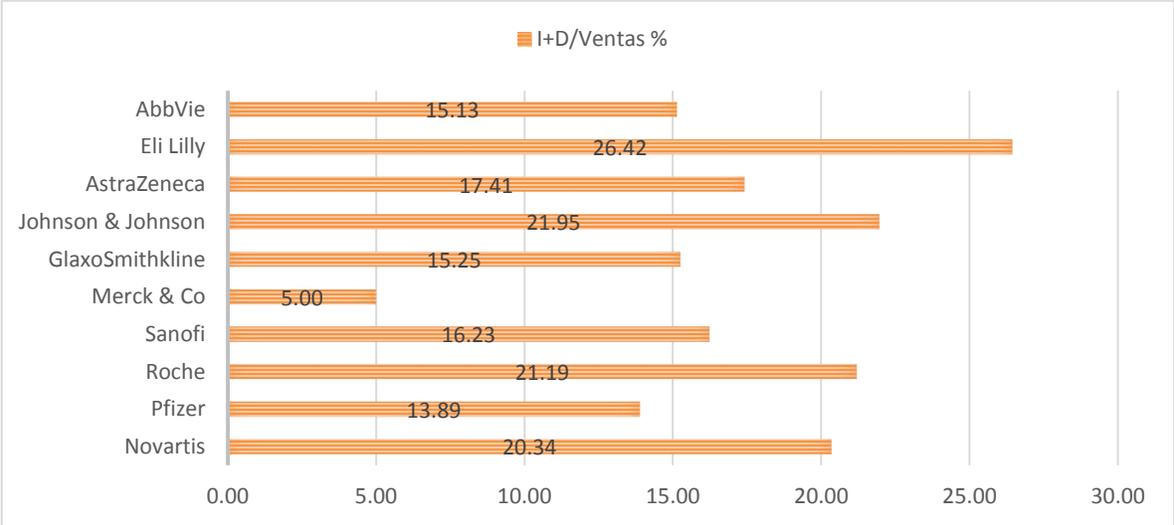
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE PHARM EXEC'S PHARMA 50 (2014)

Durante el siglo XX cientos de pequeñas empresas de biotecnología habían surgido de forma separada de las compañías tradicionales del sector farmacéutico, siendo estas pequeñas empresas las que generaban investigación tecnológica (IT). Para evitar el proceso las grandes compañías farmacéuticas centraron sus recursos financieros a fusionarse o comprar las empresas de biotecnología más exitosas y así adquirir y poder producir esta nueva tecnología. Este proceso aún se sigue llevando a cabo en la actualidad. (Vicente 2009)

El sector ha ido consolidando su concentración geográfica entorno a cinco países y determinadas compañías. Las fuerzas conductoras de IT son una condición indispensable para pertenecer al sector, por lo que funcionan de barrera a la entrada. Del mismo modo, las repetidas fusiones, adquisiciones y procesos de integración han hecho que el sector este formado por compañías de gran tamaño y potencial económico, lo que también funciona como barrera de entrada para pequeñas empresas, y a la vez como “facilitador” para que estas grandes empresas farmacéuticas entren con facilidad en otros sectores.

De este modo es muy difícil que las empresas de este sector difundan el conocimiento de su industria hacia otras, mientras que es muy fácil para ellas adquirir nuevo conocimiento dado su poder económico. Por último, está el papel de la legislación a la hora de determinar la difusión y adquisición de IT, y la facilidad de entrada en un sector.

Gráfica 1.4 Porcentaje de I+D / ventas



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE PHARM EXEC'S PHARMA 50 (2014)

Por otro lado, un endurecimiento en la legislación que regula los requisitos que un medicamento debe cumplir para ser comercializado, favorece los procesos de fusión empresarial, aumentando así la concentración empresarial del sector. El estudio analizado, al igual que otros muchos, consideran que el incremento del coste derivado de realizar I+D para la I+D farmacéutica justifica la regulación del sector mediante patentes. Sólo la propia estructura de este sector otorga poder de mercado a sus empresas al ser un número reducido las que lo controlan; pero si además le añadimos el privilegio de las patentes, es muy difícil que se produzca un cambio de estructura dentro de este mercado.

1.3 Las Empresas Transnacionales

"La llamada "Industria de la Salud" ocupa una parte creciente e importante del esfuerzo económico de las sociedades y consume un 6 - 9 % en promedio del PIB de los países según datos del reporte de desarrollo del Banco Mundial en 2014.

A partir de las últimas décadas del pasado siglo que tuvo lugar el creciente mercado de medicamentos, el cual ha sido controlado por las industrias transnacionales, estando éstas al margen de las características sociales de este bien de consumo.

"Los medicamentos deben ser eficaces, seguros y económicos, para cumplir con su misión; llegar en tiempo y forma a cualquier ser humano que lo necesite." En corto tiempo los nuevos medicamentos que salen al mercado se han convertido en un gran negocio para los laboratorios que son sus líderes mundiales.

"Más de 200,000 millones de dólares por año se mueven en el mercado farmacéutico, por arriba incluso de la venta de armas. Como las cifras lo denotan es un mercado bastante lucrativo y actualmente un mercado monopolizado (25 corporaciones generan el 50% de las ventas totales)" (Machado 2016)

Entre las transnacionales que controlan este mercado destacan firmas como: Pfizer, GlaxoSmithKline, Bayer, Novartis, Merck y Roche. Grupos farmacéuticos con industrias químicas y biotecnológicas y agroquímicas potentes. Que aunque se encuentran en el ámbito de la salud, su principal interés no es la salud de las personas, pues su ambición de ganar sumas desorbitantes de dinero, ha hecho que descuiden el verdadero objetivo de la farmacéutica: el curar, incluso hacen todo lo contrario, en algunos casos crean productos que envenenan y matan pacientes en todo el mundo.

Adicionalmente, el mercado mundial de medicamentos, conforma uno de los indicadores de la bolsa de valores (el índice Dow Jones).

El debate actual sobre los aspectos económicos de los medicamentos, incluido su alto precio, las consecuencias negativas de su uso irracional y sus implicaciones éticas, son elementos de importancia e interés para los que tienen la responsabilidad de la atención a la salud humana.

Existe una nueva forma de poder, consecuencia de la globalización: "la farmacocracia la cual decide qué enfermedades y qué enfermos son dignos de atención. Y para dar una idea el 90% de presupuesto que destina la industria farmacéutica para investigación y desarrollo a través de datos proporcionados por el New York Review of Books 2014, se destina a enfermedades que padecen el 10% de la población mundial". Y en África, Asia y América Latina, se siguen sufriendo de las llamadas enfermedades olvidadas, como el dengue, filariasis y enfermedad del sueño, entre otras.

Independientemente de la proliferación de medicamentos surgida en las últimas 5 décadas del siglo XX, existe un estimado que 40 millones de muertes al año en países en vías de desarrollo, son causadas por enfermedades que se curan con medicamentos esenciales. Además, el fenómeno de la automedicación resulta alarmante a escala mundial.

1.4 La Industria Farmacéutica en los países subdesarrollados.

Las compañías farmacéuticas del mundo se pueden subdividir en varias formas diferentes. Por ejemplo, están las compañías multinacionales, que operan en muchos países y, posiblemente, en todo el mundo, y las empresas locales o nacionales, que generalmente hacen su negocio en sólo una o dos países. Las empresas también pueden dividirse en las empresas de marca, que son responsables de la mayor parte del desarrollo de nuevos medicamentos y la innovación e introducen sus productos bajo patente y medicamentos genéricos, con poca o ninguna investigación a la innovación y que producen medicamentos sólo después de que las patentes han sido liberadas. Aunque esta distinción ya no es, aplica porque muchas de las empresas de marca han invadido el negocio de medicamentos genéricos.

En el pasado, muchas de las empresas que se refiere a sí mismos como empresas "éticas", simplemente con el argumento de que no anuncian sus productos de prescripción para el público en general. Sin embargo, este término pierde su significado cuando se hizo evidente que la " ética " implica mucho más que la publicidad pública.

Aunque la mayoría de los países de lo denominado como países subdesarrollados siguen sin poder llenar sus propias necesidades de medicamentos modernos, algunos países en desarrollo han hecho progresos. Por ejemplo, Brasil, Argentina, México, India, Cuba, Corea del Sur y Egipto puede satisfacer una parte importante de sus propias necesidades de medicamentos; en algunos casos se están exportando a otras naciones. Un país en desarrollo puede ser incapaz de fabricar productos sintéticos modernos, pero puede sostener un negocio próspero a base de productos vegetales y animales nativos o indígenas.

Pero entonces llegó la década de 1960 y 1970, cuando se establecieron las prácticas de mala calidad de algunas compañías farmacéuticas que se descubrieron en las audiencias presididas por los senadores estadounidenses Estes Kefauver y Gaylord Nelson (Silverman, 2012) Entre los descubrimientos de estos vínculos se encontraron vínculos entre la industria farmacéutica y la medicina organizada, y las revistas médicas de investigación. Además, fueron reveladas las compañías americanas y europeas que promovieron sus productos en el Tercer Mundo, exagerando su eficacia y ocultando los efectos secundarios.

Adicionalmente, un estudio realizado por la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos mostró que, debido a los requisitos de Food and Drug Administration (FDA) que incluían pruebas más complejas, más caras, y más a largo plazo y mayor responsabilidad por los efectos del producto, el costo de desarrollo de un nuevo medicamento en los Estados Unidos aumentó de un promedio de cerca de \$ 1.2 millones en 1962 a \$ 11,5 millones en 1972 y de más de \$ 230 millones en 1987 (Minear, 1989). Por otra parte, parecía tomar más y más tiempo para obtener la aprobación de la FDA, de cinco a ocho años o más, mientras que el período de protección de la patente se caducaba. En algunos casos, la patente había expirado incluso antes de que el nuevo producto fuera aprobado.

En parte debido a estos y otros problemas, entre ellos la disminución de los beneficios, el desarrollo de unos nuevos fármacos importantes cada año, y las restricciones cada vez más exigentes de algunos países, los cambios comenzaron a aparecer en la composición de la industria farmacéutica internacional. En 2004 Dos empresas gigantes, Hoechst Roussel de Alemania y de Francia, se fusionaron en Europa y formaron la firma Sanofi. En los años previos al siglo XXI comienzas a darse muchas alianzas. En los Estados Unidos a finales de los años ochenta, Monsanto compró G. D. Searle (Monsanto, 2002), Eastman Kodak pagó \$ 5.1 millones para adquirir Sterling Drug (WAYNE, 1988), y American Home Products se hizo cargo de A. H. Robins. (WINSLOW, 1998) La firma británica Beecham se fusionó en 1989 con American SmithKline Beckman (Culyer, 2000). Bristol-Myers Squibb se fusionó con Roche y adquirió el control de Genentech (Laurin, Jouglard,

& Lucagnoli, 2012). Un número de compañías americanas y europeas unió fuerzas con las empresas farmacéuticas en Japón. Muchas empresas de marcas americanas y europeas se hicieron cargo de pequeños fabricantes de genéricos en los Estados Unidos.

Al mismo tiempo, la inversión en el proceso de búsqueda de nuevos productos era más demandada y se espera cada vez mejores productos. En 2008, por primera vez en la historia, la cantidad gastada para la investigación y el desarrollo de los miembros de la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos según datos de drogas aprobadas por el gobierno de Washington (aproximadamente \$ 6.5 mil millones) superó la cantidad (\$ 6.3 mil millones) pasada por los Institutos Nacionales de Salud, la institución de investigación médica más grande del mundo. Las cantidades comparables estimadas para el año 2020 fueron de \$ 8.1 mil millones para compañías miembros de la PMA y \$ 7.1 mil millones para NIH.¹⁰

Muchos de los críticos de la industria fueron rápidos en señalar que la inversión por parte de la industria farmacéutica era relativamente pequeña para la investigación, pero una para el desarrollo de nuevos productos era mayor. Por otro lado, los laboratorios trasnacionales empezaron a fijar su atención presupuestaria en las enfermedades que se presentaban en los países del Tercer mundo.

Entonces empezaron a invertir dinero a investigar productos y desarrollar los medicamentos dirigidos al panorama de enfermedades del Tercer Mundo. Enfermedades que están concentradas en rubros de salud pública. Muchas de estas enfermedades eran gastrointestinales, las cuales la Industria Farmacéutica trasnacional tiene la propiedad de las patentes. Por lo que, se inició una comercialización masiva y lucrativa.

Aunque algunas de estas patentes vencieron en pocos años y se liberaron y fueron tomadas por algunos países subdesarrollados, sin embargo, para la industria de la medicina la liberación de las patentes es atroz para las ganancias millonarias.

Ya en los últimos años, las empresas están donando al menos de forma modesta algunos medicamentos, o los están vendiendo a bajo costo. Esto es una estrategia

para defender sus precios, haciendo hincapié en que necesitan beneficios sustanciales para apoyar sus actividades de investigación.

La mayor parte de la investigación tiene como objetivo el control de enfermedades tales como el cáncer, la hipertensión, las enfermedades del corazón, enfermedades de los ancianos y de índole estética - todas enfocadas en los países ricos o industrializados, pero aún se invierte muy poco en la investigación sobre enfermedades tropicales y particulares de los países del tercer mundo.

1.5 Los medicamentos

Los medicamentos se presentan como el procedimiento terapéutico utilizado para resolver los problemas de salud. En la sociedad de consumo actual existe una gran variedad de medicamentos, (favorecidos por el marketing) incluso existen más medicamentos que enfermedades y suele ser difícil distinguir entre unos y otros. (González 1994)

En México la venta de ciertos tipos de medicamentos sin receta es permitida tanto en centros comerciales, farmacias e inclusive hasta en pequeñas tiendas. También existen los medicamentos que por disposición legal deben venderse sólo con receta médica y algunos otros que sólo pueden adquirirse en hospitales.

Un medicamento según distintas definiciones es: Una sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico, una sustancia o preparado que tiene propiedades curativas o preventivas para la mayoría de los seres vivos.

Los medicamentos se obtienen de un gran número de fuentes, gran parte de ellos se desarrollan a partir de sustancias obtenidas de la naturaleza, hoy en día algunos se siguen extrayendo de las plantas.

Algunos medicamentos se fabrican en laboratorios, mezclando una serie de sustancias químicas. Otros, como la penicilina, son subproductos fabricados por organismos como los hongos. Y otros medicamentos se obtienen a través de la ingeniería biológica, introduciendo genes en bacterias, que se encargan de segregar la sustancia deseada.

El nombre registrado o marca comercial es el nombre que da el laboratorio fabricante del medicamento. Puede haber una sola denominación científica con diferentes nombres comerciales. Los medicamentos también pueden comercializarse con el nombre del laboratorio titular, estos medicamentos son los denominados genéricos.

Los medicamentos vienen en distintas presentaciones y se pueden administrar de muchas formas diferentes:

- Líquidos que se tragan.
- Gotas que se instilan en orejas, ojos o boca.
- Cremas, geles o pomadas que se aplican sobre la piel.
- Parches que se pegan sobre la piel.
- Pastillas sublinguales.
- Inyecciones y medicamentos intravenosos.

Una vez consumido el medicamento puede actuar de diferentes maneras*:

- Por sustitución (sustituyendo una sustancia que falta en el organismo)
- Por aporte (aportando sustancias nutritivas que están disminuidas)
- Por acción sobre un organismo invasor (bloqueando la acción de un microorganismo o destruyéndolo)
- Por acción en el metabolismo celular (fármacos agonistas o antagonistas de las funciones celulares)

“Al ingerir un medicamento, éste pasa del estómago a los intestinos, y luego al hígado antes de circular por el resto del cuerpo. Si el fármaco es procesado

* (Katzung, 2013)

fácilmente por el hígado, muy poca cantidad llega al torrente sanguíneo. Algunos medicamentos hacen que los riñones funcionen con lentitud. Esto aumenta los niveles en la sangre de sustancias que normalmente son eliminadas por los riñones. Para nuestro cuerpo, los medicamentos son sustancias extrañas. Éste generalmente los desecha a través de la orina o de la materia fecal. Muchas sustancias son eliminadas por los riñones a través de la orina, sin ser alteradas; otros medicamentos son procesados en el hígado". (HIRU, 2015)

Algunos medicamentos tratan los síntomas, pero no pueden curar la enfermedad que los provoca. (Un síntoma es lo que uno siente cuando está enfermo, como la tos o las náuseas.) Por lo tanto, el hecho de tomar pastillas para la garganta te puede aliviar el dolor de garganta, pero no matará a los estreptococos que la hayan invadido.

Existen medicamentos se han elaborado con la finalidad de aliviar el dolor. Si se presenta una distensión muscular, es posible que el médico recete tomar ibuprofeno o paracetamol. Estos medicamentos para aliviar el dolor, conocidos como analgésicos, no eliminan el origen del dolor. Lo que hacen es bloquear las vías nerviosas que transmiten las señales de dolor desde la parte del cuerpo lesionada o irritada hasta el cerebro (en otras palabras, repercuten sobre la forma en que el cerebro lee las señales de dolor) para que no duela tanto mientras el cuerpo se va recuperando.

Entre los medicamentos más importantes, se encuentran las vacunas. Las vacunas suelen contener una cantidad reducida de un agente similar a un germen o gérmenes específicos que han sido modificados o matados previamente. Cuando se aplica la vacuna a una persona, se provee a su sistema inmunológico a "recordar" el germen inoculado para que pueda luchar contra este tipo de infección de cara al futuro. (Katzung, 2013)

La venta de medicamentos sin receta (como los analgésicos) no significa que estén libres de efectos secundarios, por el contrario estos medicamentos deben de tomarse con las mismas precauciones que los que se venden con receta.

Los medicamentos por otra parte también suelen ser una de las principales causas de muerte de la población y no solo la sobredosis es la única forma en que pueden

matar, se sabe, por la investigación básica, que las sustancias químicas y los compuestos químicos reaccionan entre sí lo que puede poner en riesgo el estado de salud de las personas.

1.6 Controversia de los medicamentos genéricos

La inflación de los precios de los productos farmacéuticos, asociada con la reducción del acceso de la población a los medicamentos, es resultado de las políticas desregulatorias adoptadas en muchos países. Estas políticas no han generado soluciones ni ventajas desde el punto de vista social y sanitario. La formación de los precios de los medicamentos no solo está relacionada con la eficiencia sino también, de manera muy especial, con la equidad.

En otras palabras, si se modifican los precios de los medicamentos se modifica la forma en que la salud se distribuye en la sociedad. Ante este problema, se han ensayado diferentes tipos de medidas que grosso modo se pueden resumir en dos modelos de intervención bien diferenciados. Por un lado, la adopción de estrategias intervencionistas que en general optan por limitar la competencia con medidas tales como el establecimiento de precios fijos. Por el otro, la aplicación de políticas que promueven la competencia y que fomentan una dinámica de mercado tal, que los resultados producen beneficios sociales.

Las políticas de genéricos se enmarcan en este segundo grupo y constituyen una modalidad de políticas de regulación del mercado de medicamentos en la que intervienen tanto medidas de promoción como incentivos a la producción y al uso de los medicamentos genéricos. Para ello se establecen mecanismos activos en las diferentes etapas del proceso de abastecimiento de medicamentos: producción, registro, dispensación, prescripción y utilización.

En lo que corresponde a la regulación de los medicamentos genéricos, regular implica asumir que la armonía entre la oferta y la demanda no se logra por la operación de una “mano invisible” que ajusta los precios y permite una asignación óptima de los bienes y recursos y, por tanto, se necesitan normas e incentivos para corregir su funcionamiento. Pero regular el mercado de medicamentos no implica solamente resolver el problema del acceso de la población a los medicamentos esenciales, se necesita además garantizar la seguridad, la calidad y la inocuidad de esos productos.

Durante las dos últimas décadas del siglo XX, el uso de medicamentos y el gasto mundial en las farmacias se incrementó en 7% anual, mientras en América Latina estos indicadores se mantuvieron estables e incluso retrocedieron levemente. Es decir, los precios aumentaron y el consumo disminuyó. En contrapartida, los países desarrollados no realizaron una desregulación tan radical en materia de medicamentos y sus resultados en términos de acceso mejoraron. (Tobar, 2010)

Entre las medidas regulatorias que aplicaron los países desarrollados se debe destacar la implementación de políticas sobre los medicamentos genéricos, ya que resultaron las herramientas más poderosas para lograr mejorar el acceso a los medicamentos y porque en lugar de restringir la competencia del mercado farmacéutico la fortalecieron.

Existen diferentes medidas que refieren a un muy amplio conjunto de acciones que definen la política de medicamentos genéricos, pero todas tienen en común crear un marco de competencia por precios en el mercado de medicamentos.

En general, el término de medicamentos genéricos involucra al menos una dimensión legal, una fármaco-clínica y una económica.

Su dimensión legal está dada por el hecho de que se trata de medicamentos para los que no existen o han caducado los derechos exclusivos de comercialización (patentes). Esta es la base de algunas propuestas de denominarlos “productos

competidores”, aunque como Vacca y colaboradores advierten, en América Latina los mercados de productos competidores se consolidaron antes de la adopción de los acuerdos de propiedad intelectual, lo cual dificulta asumir esa denominación (Vacca Gonzáles CP, 2006)

La dimensión fármaco-clínica se manifiesta en que el medicamento genérico debe ser terapéuticamente equivalente al fármaco cuya seguridad y eficacia ha sido probada (llámese este medicamento de marca, original, bajo patente o de referencia). Una vez satisfechas las dimensiones legales y fármaco-clínica, se puede comercializar el producto genérico y establecer una competencia por precios, ya que al finalizar el período de protección que brinda la patente se eliminan los precios monopólicos. Es por este motivo que se puede hablar también de una dimensión económica de los medicamentos genéricos.

Formular e implementar políticas de genéricos es consolidar (o incluso “crear”) mercados de medicamentos que instauren una competencia por precio cuyo resultado favorezca el acceso de la población a los medicamentos esenciales, además, incluye además otras preocupaciones como la seguridad, la calidad y la inocuidad de estos productos. Por lo tanto, la regulación del mercado de medicamentos por medio de los "medicamentos genéricos" implica los siguientes desafíos:

1. Desde la perspectiva de la política industrial la principal preocupación se podría resumir en la búsqueda de competitividad tanto a nivel interno como mundial. Los instrumentos que se emplean para ello son las modificaciones de los aranceles e impuestos aplicables al sector, las alteraciones derivadas de la política monetaria (en particular la cambiaria), incluso hasta la fijación de precios.
2. Desde la perspectiva de la política de ciencia y técnica la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo. Los gobiernos nacionales y locales utilizan para ello diferentes herramientas de fomento a la innovación, tales como subsidios directos e indirectos, la protección de patentes, el desarrollo de programas de cooperación entre universidad y empresas, etc.

3. Desde la perspectiva de la política sanitaria la problemática no se limita a velar por el acceso de la población a los medicamentos. Hay también toda una compleja área de fiscalización y vigilancia que involucra la garantía y el control de calidad de los productos, la seguridad de su efecto terapéutico y la fármaco vigilancia en su conjunto.

La preocupación sanitaria por el acceso comparte con la política industrial la promoción de la competencia vía precios y con la política de Ciencia y técnica la preocupación por promover avances terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la calidad. Generalmente uno de los lados de este triángulo resulta más amplio que los otros. La imagen de una política de medicamentos integrada es solo un objetivo a perseguir que no debe inhibir la formulación de políticas.

México ha renunciado a tener una industria farmacéutica nacional de innovación debido que al respaldar por la vía legal a las patentes y marcas, las cuales generan condiciones de mercado de tipo oligopólico, con las modificaciones efectuadas a la Ley General de Salud, con la introducción de los medicamentos genéricos, la industria farmacéutica nacional ve un mercado potencial que no sólo surta al Sector Salud sino que puede surtir el mercado privado, compitiendo en precios con los medicamentos de patente.

Esto generó el rechazo y el ataque de las empresas farmacéuticas establecidas en México, principalmente de las transnacionales. y el debate posterior que se dio entre la industria farmacéutica con los medicamentos similares de descalificación y engaño mutuo, ya que los primeros decían que las transnacionales se estaban enriqueciendo a costa de la población con sus medicinas caras, en contraposición los laboratorios transnacionales decían que habían analizado basados en las pruebas de calidad y bioequivalencia a lo que los medicamentos similares no tenían ni los niveles de calidad mínimos, por lo que engañaban a la población, ya que esos productos no curan y nadie sabe qué efectos tengan en el organismo humano, lo cual resultó en perjuicio de los medicamentos genéricos.

Los intereses de las grandes multinacionales farmacéuticas, preocupadas por dejar de ganar dinero (ellos dicen recuperar la inversión) con las patentes de nuevos medicamentos o modificaciones de los antiguos, choca con los intereses de los más pobres, para quienes los fármacos genéricos, más baratos, son la única forma de acceder a la salud.

1.7 La medicalización

“Medicalizar es aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas.”. (Carrillo, 2012)

Por ejemplo, los procesos naturales que conlleva el envejecimiento del ser humano, y que el propio cuerpo es capaz de lidiar por sí mismo, son concebidos como problemas que requieren atención médica y de tratamiento farmacéutico.

Otras condiciones de salud como el embarazo, la calvicie, la menopausia, la falta de interés sexual, la lactancia, la menstruación incluso hasta los deseos, entre otras. También se tiende a considerarlas condiciones patológicas, y se genera la idea de que dichos procesos son objeto necesario de control médico y por ende deben ser condiciones sujetas a medicamentos.

Otro mecanismo que se utiliza para medicalizar es el negar que otros factores ajenos a los patológicos son los posibles culpables del estado en el que se encuentra la persona. Tales como condiciones de vida, clase social, raza, género es decir, como menciona la documentalista de la salud Margarita López Carrillo: “Se busca reducir la multicausalidad de los síntomas que presenta una persona a uno sólo para tratarlo farmacológicamente”.

No se buscan las distintas causas posibles para generar un diagnóstico adecuado a cada tipo de persona, sino sólo se ocupa al factor dolor como único determinante y con base a ello se receta medicamento o intervención farmacológica sin buscar alternativas.

Y para ilustrar esta reducción de la multicausalidad se puede observar el caso de la falta de deseo sexual tan de moda en estos tiempos, en los cuales decenas de factores podrían estar afectando en si el desempeño y el deseo de las personas en términos sexuales. Pero que medicamente todo se reduce a disfunción sexual, cuando el problema está quizá en la alimentación, en las condiciones de trabajo de las personas, en cansancio o simplemente en falta de interés, que es un argumento válido. Pero en el mundo invadido por la publicidad que busca encasillar patrones de comportamiento, la falta de apetito sexual se publicita y legitima como una limitante del ser humano. Se promociona como un problema grave, el ser humano pierde valor social si no cumple con este comportamiento y por ende es necesaria que se medique para que retome el camino socialmente aceptado del cual forma parte.

Otro punto a destacar es que la investigación farmacológica enfocada a salud, está en manos del mundo farmacéutico, es como si los dueños de los equipos de futbol fuera a su vez los encargados del arbitraje de los partidos. Los laboratorios farmacéuticos están financiando los estudios, la investigación y el desarrollo, brindando capacitación a los médicos, quienes tenderán, obviamente a recetar y aplicar el conocimiento que aprendieron en sus universidades, conocimiento que está influenciado por estas empresas. Y si en instituciones o en los cursos determinados por las farmacéuticas se enseña que el fármaco X va a curar la causa y sin dar una mayor explicación, entonces el médico está condicionado a recetar el producto que la empresa le informe, lo que no quiere decir que sea el adecuado o el menos riesgoso para el paciente.

Además el conocimiento proporcionado por la “ciencia” el cual no está sometido a crítica ni cuestionamiento, es financiado por la misma industria farmacéutica. La cual niega las alternativas no alópatas que suelen presentar ventajas curativas, y que son más baratas y con un nivel de daños secundarios menor.

Un instrumento más de la medicalización es la prevención, y no una prevención en cuanto a hábitos sino una prevención a través de medicamentos. Esto no quiere decir que la prevención no sea necesaria, por supuesto que lo es, pero no la

dependiente de fármacos, sino la del tipo social, laboral, educativa, gastronómica, cultural.

Se ha fomentado tomar medicamentos aun sin estar enfermos, los niños toman Redoxon sin tener gripe, se vacuna contra la influenza y contra el (Virus del Papiloma Humano) VPH. Pero no se está buscando el centrar fuerzas en erradicar las enfermedades porque se estaría cerrando la fuentes de ingreso económico, lo que se busca es lo contrario, seguir fomentando el consumo.

Y es que existe un mercado mucho más grande aun, de personas sanas, al cual, la única manera en la que pueden llegar al mercado de productos farmacéuticos es vendiendo “prevención medicada”

Un ejemplo evidente es el problema de cáncer de cuello uterino provocado por el VPH, el cual podría ser prevenido con un cribado citológico pero resulta más rentable aplicar una vacuna menos segura y efectiva. Dicha vacuna solo combate las cepas de virus tipo 16 y 18 y aparte de que dichas vacunas han demostrado tener efectos secundarios importantes y ser una vacuna de costo elevado.

El virus del papiloma humano (VPH) es muy fácil de adquirir casi toda persona activa sexualmente lo ha contraído o lo contraerá (por lo que representa un mercado muy rentable de tratamiento) y también fácil de eliminar pues el sistema inmunitario lo elimina de forma natural en el 90% de los casos. En este 10% de casos en que no remite espontáneamente, evoluciona hacia un cáncer a un ritmo lentísimo, 20 año de promedio, por lo que la citología lo puede detectar y controlar dando la posibilidad de intervenir. (Carrillo, 2012)

Otro ejemplo de medicalización es el no dar suficiente información para tomar decisiones sobre el propio cuerpo.

Se habla de los beneficios de las operaciones de implantes pero, no se menciona a fondo de los efectos secundarios que los químicos de los implantes podrían generar a largo plazo. Se vende comida procesada sin hacer conciencia de los graves efectos que se le causan al organismo. Se habla a favor de la donación de óvulos

pero no se advierte de las consecuencias futuras como infertilidad, cáncer de ovarios, menopausia prematura por perdida excesiva de los mismos. (Carrillo, 2002)

El lugar en el que se encuentra ubicado el paciente parece ser el punto más vulnerable, aparece como un sujeto limitado y dependiente, por lo que la vía que le queda por tomar es la de la toma de conciencia y responsabilidad en función de la relación que lleve con el mundo médico y farmacológico, pero sobre todo con su salud misma, dejando de contribuir en la manera de lo posible al esquema de medicalización.

Y eso puede lograrlo haciendo a un lado la mentalidad de dejar la salud propia en manos ajenas, saber más sobre nosotros mismos, dejar de transferir responsabilidades cuando no son necesarias, compartir información relevante sobre el tema y sobre la salud misma. Ubicar de manera consiente el contexto en el que vivimos, inmersos en una sociedad de consumo en el que adquirir y comprar se presenta como el ideal de felicidad y satisfacción,

La medicalización está en el aire, liberada de diversos modos y es primordial lograr generar algún reparo sobre ella para poder ayudarnos como sociedad.

1.7.1 El médico como medio para colocar el producto del laboratorio al cliente

Sin duda alguna el médico es una de las piezas más importantes en el esquema de la industria farmacéutica, pues es él, el que tiene el contacto con el “paciente”. Rara vez el consumidor pone en duda el conocimiento del médico, cree y consume ciegamente lo que él le receta, después de todo él es el que tiene la “autoridad y la preparación necesaria para hacerlo.

Pero sería interesante entonces conocer de dónde viene esa preparación, que es lo que lleva al médico a decidir qué es lo que va a recetar.

Las facultades en las que se enseña medicina en México se sigue un modelo muy parecido al de los Estados Unidos. Se considera al paciente y a sus órganos y células como el centro del problema en el cual gira la investigación y la parte social y material la mayoría de las veces queda aislada.

En letras del Profesor Guery (1975): el accionar médico, se centra en el tratamiento y la cura más que en la prevención. El cuerpo humano es visto y tratado como una máquina, como un ente fraccionable que es posible curarlo o tratarlo parcialmente con medicamentos sin afectar o modificar necesariamente la totalidad de la estructura.

Un punto preocupante en la preparación del médico es el poco peso que recibe el estudio de la farmacología y convenientemente el conocimiento de los medicamentos lo posee sólo la industria que los fabrica valiéndose de la publicidad y la promoción para colocarlos en los consumidores.

En lo que respecta a una de las instituciones más importantes del país a nivel de medicina como lo es la Universidad Nacional Autónoma de México la enseñanza de la farmacología se da en el tercer semestre de la carrera en el módulo de "Ciencias básicas" y el estudio va más ligado a la parte clínica y no a la terapéutica".

La amplia variedad de fármacos en combinación con la dinámica económica que se maneja ha hecho que el médico le resulte muy complicado y lejos de su alcance el conocimiento adecuado de la amplia gama que existe y que se produce día a día, sumado a la poca formación farmacológica que recibe de los nuevos productos, drogas, presentaciones y combinaciones rebasan las capacidades del médico, existe un visible desfase entre la práctica profesional y la preparación que se le brinda.

El médico se enfrenta entonces ante una gran variedad de productos y tiene que tomar decisiones sin tener la preparación adecuada para ello.

Por ende es deplorable que mucho de lo que el estudiante y el profesional aprenden, proviene de firmas farmacéuticas que están promoviendo sus propios productos.

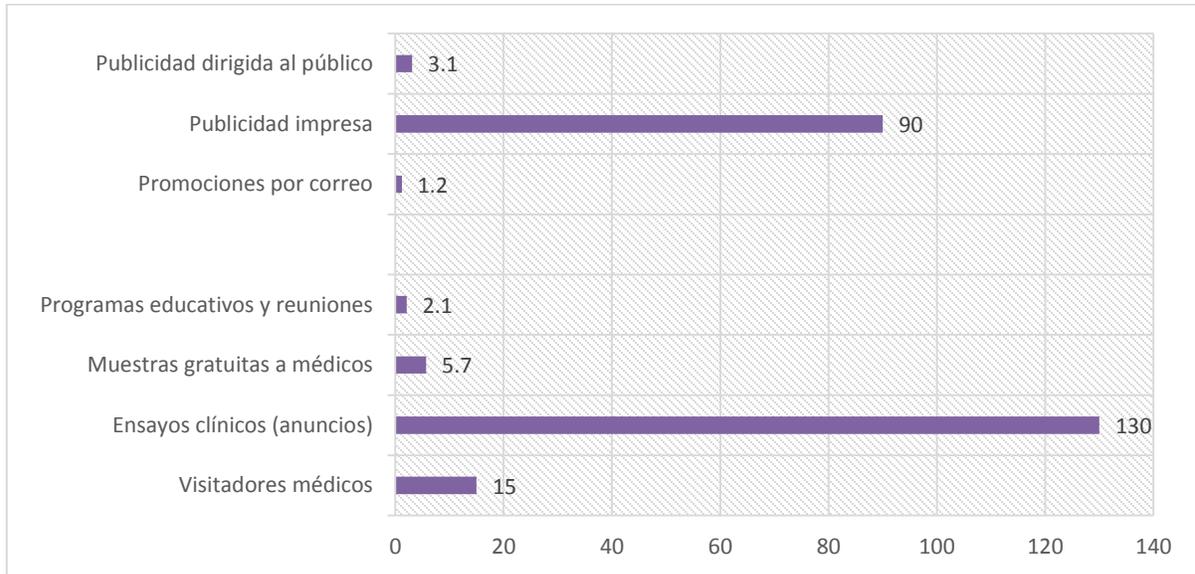
La vía de acceso a través de la cual el médico llega a los nuevos descubrimientos farmacéuticos y terapéuticos es proporcionada por los laboratorios, los cuales brindan “información” al médico usando distintos medios promocionales y se convierten en una especie de educadores post-universitarios. Lo peligroso de esta práctica es que el médico al tener una escasa formación química y farmacológica, lo único que conoce se lo proporciona la industria farmacéutica bajo la forma de productos ya elaborados y se desconoce todo el trasfondo. El médico general comúnmente receta lo que el laboratorio le brinda y sugiere (muchas veces acompañado de una comisión o premio) más esto no significa que sea la mejor opción para el paciente, en principio porque los medicamentos son estandarizados pero los seres humanos también tiene características y organismos que funcionan y reaccionan diferente.

El paciente que funciona como el consumidor final, la Industria Farmacéutica muchas veces no tiene acceso a él de manera directa, es aquí en donde los laboratorios han diseñado una gran cuartada para poder colocar sus productos de manera indirecta usando al médico como medio, ya que es el encargado de seleccionar el medicamento para el consumidor final, es decir hay una barrera entre el paciente y quien elige el producto, el consumidor es el que paga el producto, pero en este caso su “elección” está subordinada por lo que el médico le recete.

El médico entonces es la pieza clave para el laboratorio, es por ello que la Industria Farmacéutica busca “arroparlo” seducirlo, corromperlo y utiliza gran parte de su presupuesto según datos de Global Data 2015 destinado a promoción en visitantes médicos y agentes de ventas, publicidad, literatura, congresos, muestras gratis, seminarios y de más “obsequios”.

Grafica 1.5 Gastos de las principales farmacéuticas en publicidad en EE UU (2013)

(Datos en millones de dólares)



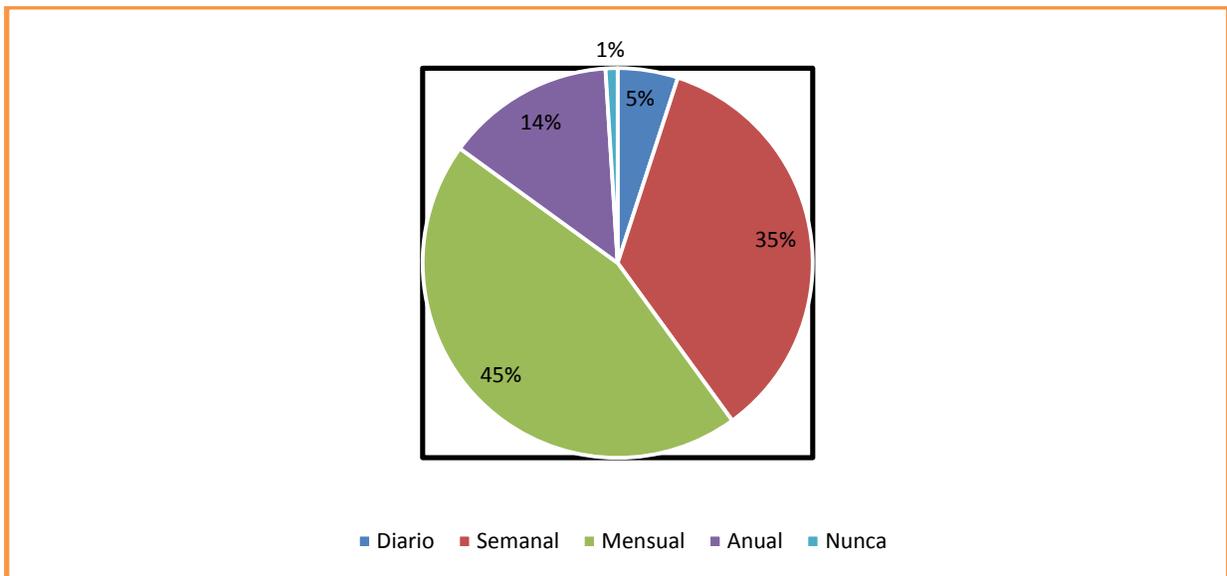
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE CEGEDIM STRATEGIC DATA, U.S. PHARMACEUTICAL COMPANY PROMOTION SPENDING (2013).

Los determinantes de la demanda y la receta de fármacos por lo tanto son explicados por los mecanismos de mercadotecnia y publicidad con los que operan los laboratorios. (Ver anexo 2)

La desinformación aquí es el gran problema pues se refleja en la tendencia a recetar los productos más populares y con más publicidad, cuando muchas veces no es la mejor opción ni la más barata.

La mercadotecnia en este ámbito ha profundizado a tal nivel que ha influido a través de la presión publicitaria y generado una forma de consumo de fármacos basándose en armas y técnicas del marketing como la facilidad de pronunciación de los medicamentos lo cual ha modificado la costumbre de recetar medicamentos por su nombre registrado, un ejemplo claro es el ácido acetilsalicílico que se ha jerarquizado bajo el nombre de aspirina. (Rawlings 1984)

Gráfica 1.6 Porcentaje de médicos que usan la información proporcionada por la industria farmacéutica en su práctica clínica.



FUENTE: GRAFICO TOMADO Y ADAPTADO DE CAUDILL TS, JONSON MS, RICH EC, MCKINNEY WP. PHYSICIAN, PHARMACEUTICAL SALES REPRESENTATIVES AND THE COST OF PRESCRIBING. ARCH FAM MED. 1996,5:201-206.

El reto de la industria médica entonces no está en el innovar sino en capturar al médico y convencerlo de recetar sus marcas. Es así como a partir de gastos en publicidad y convencimiento la Industria de fármacos logra mantener su poder en el mercado lo cual indirectamente se traduce en un enorme control de la información.

La falta de tiempo, interés, la poca formación y conocimiento en farmacéutica y el bombardeo publicitario dejan al médico con un margen muy reducido de posibilidades de valoración de la eficacia de los medicamentos que receta.

Por su parte, el papel del *agente de ventas médico*, aparece como el responsable de hacer llegar el nuevo producto al médico y esto es complementado con

publicidad del producto (plumas, carteles, calendarios, etc.). Una vez que el medicamento está posicionado en el mercado los gastos destinados a él descienden.

En dado caso de que en el mercado ya existan medicamentos similares, la estrategia que se usa es la de desprestigiar a dicho producto, hablar de sus efectos secundarios y hacer énfasis en las mejoras que posee su producto.

La información que proporciona el agente al médico la mayoría de las veces es sesgada y limitada de datos, se habla poco de los efectos secundarios, contradicciones, reacciones adversas y precauciones.

1.8 Medicamentos prohibidos que se venden en México sin receta médica

El fomento de fármacos por parte de las transnacionales en América Latina manifiesta importantes diferencias con respecto a la promoción de los mismos medicamentos en los países productores. Se observa en Latinoamérica por otra parte una marcada negligencia del sector público ante la exigencia de una adecuada información.

A pesar de que desde hace décadas fueron prohibidos en Estados Unidos por amenazar la vida de los pacientes o simplemente demostrar poca efectividad, dieciséis medicamentos se siguen comercializando y recetando en México.

Los productos van desde analgésicos para dolores leves y moderados -como cólicos o fiebre- tratamientos para el cáncer, gotas para los ojos, enjuagues bucales para combatir la gingivitis, hasta suplementos nutricionales.

Un ejemplo es el fármaco Cobalto, que fue vetado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) porque lo consideró inseguro para tratar la anemia.

Medicamentos, como la adenosina, astemizol y la dipirona, están en el cuadro básico del Consejo de Salubridad General de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos. Dichos medicamentos representan un riesgo y el nivel de peligrosidad depende de la salud de cada paciente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su portal de compras informa un gasto de al menos 56 millones de pesos en la compra del metamizol (o dipirona) en los últimos 3 años (2013 a 2015). En 2010 asignó un monto de 32 mil 265 pesos para la adquisición del medicamento. El Hospital Civil de Guadalajara también receta este producto y, de acuerdo con sus informes financieros del 2010, erogó al menos 51 mil 590 pesos para adquirirlo en presentación de comprimidos y en solución inyectable".

Este fármaco fue vetado por la FDA en 1977 por considerar que existe en las personas el riesgo de desarrollar agranulocitosis, una insuficiencia en la sangre que impide la producción de glóbulos blancos y es potencialmente mortal.

Países como Inglaterra, Estados Unidos, Alemania, Japón, Australia, Brasil y la mayoría de la Unión Europea han vetado a ese medicamento y su comercialización está prohibida, en algunos pocos casos se permite su uso como droga de uso veterinario.

En México es muy utilizado porque es un medicamento más económico que otros analgésicos no narcóticos. (Hernández, 2012)

Joseph Stiglitz hablaba de los laboratorios de Frankenstein en Wall Street y mencionaba que en la Edad media, los alquimistas trataban de transformar metales innobles en oro. Los alquimistas modernos transforman hipotecas basura de alto riesgo en productos de primera. Pues bien creo que las palabras de Stiglitz aplican también sin duda para el sector farmacéutico, pues son alquimistas modernos

tratando de transformar a través de Químicos basura de alto riesgo en productos de “primera”.

Tabla 2. Lista de fórmulas retiradas en el mercado mundial, comercializada actualmente en México.

MEDICINAS QUE SACÓ LA FDA, PERO SIGUEN EN MÉXICO	
Compuesto/nombre comercial	Compuesto/nombre comercial
Fosfato de adenosina / Algunas fórmulas lácteas.	Yodocaseína lodaminol / Fortacil Yodocaseína.
Corteza adrenal / Ace Adrenal Support.	Gelatina Knox / Special Gelatin.
Astemizol / Hismana Astol.	Glicerol yodado / Organidin.
Bromfenaco sódico / Xibrom Bromfenaco.	Gonadotrofina coriónica
Gluconato de clorhexidina / Peridex, Periogard.	Choragon Choriomon / Gonacor, Pregnyl.
Cisaprida / Kinestase.	Nitrofurazona Macrodantina / Furadantina.
Cobalto / Decan.	Clorhidrato de fenformina / IFA
Dietilestibestrol / Dimeprost.	Reducing
Dipirona / Neo-Melubrina,	Cloruro de potasio / Corpotasin LP, K-Dur, Kelefusin, Corpotasin
	Buscapina/Compositum.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LA FDA (2014)

1.9 El papel que juegan los medios de comunicación en el mundo de la farmacéutica.

La forma más popular de obtener “información” en nuestro mundo es innegablemente a través de los medios de comunicación, los cuales históricamente aparecen como determinantes de cultura, legitimadores de costumbres, hábitos, creencias, patrones de conducta, estilos de vida, valores, entre otros. La capacidad del ser humano de simbolizar le da el peso a la comunicación de carácter elemental y primordial de la propia existencia. Sobre esta condición el medio utiliza su mensaje para generar e inculcar representaciones en la sociedad, modificando y en el peor de los casos anulando su capacidad crítica.

Existen ejemplos variados de ello, pueden mirarse situaciones cotidianas diarias, , como las que se han instaurado a partir de la existencia de los medios visuales de comunicación, una de ellos es el ideal de descanso, que se traduce en mirar desde un sofá la televisión por horas o el estándar de belleza actual en función de cuerpos “estéticos” y delgados logrados con cirugías o mediante el uso y consumo de fármacos, los cuales son dictados y legitimados a través del aparato mediático.

En temas de salud no puede quedarse atrás, los medios proporcionan información a la sociedad sobre los avances, enfermedades y tratamientos.

Las historias de temas relacionados con la salud son parte importante de los guiones para acaparar audiencia, y los periódicos y televisiones tienen espacios exclusivos y periodistas. Como mencionan los doctores Morell Sixtoa, C. Martínez González, y J.L. Quintana Gómez en su artículo sobre “Disease mongering”,

Los medios influyen en crear conciencia de enfermedad y fomentan el uso de los servicios sanitarios en la población, ampliando los límites de la enfermedad, aceptando de forma no crítica las definiciones de estas, sobreestimando

prevalencias, subrayando titulares con casos anecdóticos sin distinguir grado de enfermedad o con base en listas de síntomas que inducen a los pacientes a consultar a sus médicos.

Del lado de los medicamentos, el truco consiste en minimizar la información relacionada con los efectos adversos y potenciar o magnificar los “beneficios” del tratamiento y usando descripciones cualitativas tales como “mejoría significativa” y haciendo hincapié en que los tratamientos de largo plazo son seguros y efectivos.

Uno de los vínculos entre la farmacéutica y los medios de comunicación surge de generar la idea de manera masiva en la cual los problemas pueden ser solucionados, mejorados, orientados, olvidados, corregidos, enmascarados, disimulados y atendidos con fármacos. La tarea del medio entonces es actuar como soporte y abasto de este pensamiento con un sustento “científico” brindado por los mismos laboratorios y el marketing.

En materia nacional según un artículo presentado por CCN en febrero de 2011 llamado “La millonaria receta de Genomma Lab” permiten ilustrar lo que se ha estado comentando en el capítulo y a lo largo de la tesis.

En dicho informe se habla del comportamiento de la industria farmacéutica en México en materia de publicidad y medios de comunicación, pero en particular se habla de una empresa farmacéutica-cosmética que genera 175,000 comerciales al año en el país a través de distintos medios según datos del estudio anual de Audiencias en Medios (IBOPE) 2009. Dicha empresa responde al nombre de *Genomma Lab*, en lo siguiente mencionado como: “GL”.

GL generaba en 2011 cuatro comerciales al día protagonizados por “artistas” de la televisión, hoy en día se sigue el mismo patrón, solo que el número de anuncios por día aumento.

Esta incorporación en la televisión mexicana de publicidad farmacéutica representa una transformación de los usos y costumbres. Los laboratorios se volvieron más proactivos (crecimiento de 35% en inversión televisiva) según revela el director de

productos de consumo de Pfizer México Arturo Sánchez. Lo cual me parece alarmante pues un laboratorio farmacéutico no tendría por qué tener carácter de proactivo en los procesos de venta, se dedica en teoría a generar medicamentos, ese es su giro y no el publicitario. Un medicamento no es cualquier bien de consumo, es uno que implica conciencia y responsabilidad pues afecta de manera directa al organismo y constitución del ser humano.

Retomando, GL solo fabrica tres medicamentos: X-Ray, X-Ray Dol y QG5 siendo este último el único producto de patente con el que cuentan, tiene dos laboratorios donde se realiza el análisis de fórmulas, validación de calidad y estudios de microbiología y herbolaria. El resto de los productos de la empresa los fabrica un tercero.

Para 2011 su portafolio de negocios tenía un valor de 400 millones de dólares, conformado por 74 marcas con ventas en México y 14 países más.

GT Diseña y crea sus propios anuncios, tienen un foro de televisión propio en donde aparecen algunas de los rostros más populares de la televisión mexicana, impulsado por su forma de hacer publicidad de la mano de la compañía que domina y controla la mayoría de medios en México: Televisa

Sus 10 principales marcas son los medicamentos genéricos Primer Nivel, Asepxia (contra el acné), Unesia (contra hongos en los pies), Nikzon (antihemorroidal), Next (contra el resfriado y la tos), Shot B (multivitaminico), Silka Medic (antimicótico), QG5 (gastroprocinéticos), Genoprazol (inhibidor ácido) y Bengue (antirreumático).

En 2010 la Cofepris realizo 22 acciones contra su publicidad y el valor de la multa fue de 1.52 millones de pesos. Lo cual no pinta alarmante para una empresa que percibe 9,799.7 Millones de pesos al año y que puede seguir pagando multas con tal de que sus productos sigan anunciándose, lo que denota más que evidente, que el camino de las multas no es la solución.

Aproximadamente de los 350 permisos publicitarios que solicita la empresa, 10% son rechazados. Los motivos: en México, el Reglamento de la Ley General de Salud

en Materia de Publicidad señala en su artículo 9 que **"la publicidad no es aceptable cuando exagera las características o propiedades** de los productos o servicios". Pero si un producto en cambio es catalogado en el segmento de cuidado personal o cosmético, la regulación es distinta y no tiene tantas restricciones aunque se presenten los mismos químicos y sustancias que en un medicamento. .

Por lo visto el modelo de negocios en el que se rige tiene todo para ser exitoso en el mercado por un largo tiempo, como menciona Luis Herrera, director de Estrategias Creativas de la consultora de marcas. Emblem, lo que es preocupante para el consumidor víctima de los bombardeos publicitarios en los medios, el cual se siente ajeno sino consume los productos que por el lado estético lo excluyen socialmente y por el lado medico lo limitan y a través de datos e información modificados por el marketing y la publicidad tergiversan síntomas cotidianos, exagerándolos para hacerlos parecer enfermedades y poniendo en el inconsciente colectivo el mensaje en el cual, el dolor es ajeno al ser humano.

Este ejemplo es uno de los muchos que aparecen para observar el papel que desempeñan los medios de comunicación cuando trabajan de la mano de las farmacéuticas. Las ganancias que ayudan a generar son exorbitantes.

El lugar que ocupan los medios por tanto es una de las piezas claves para el mecanismo de mercantilizar la vida de las personas a través de lo que se ha impuesto como salud.

1.10 Conclusiones:

La lectura del medicamento como bien de mercado es más similar a la realidad de los países de América Latina. Comienza con una investigación y desarrollo de productos mucho más motivada por intereses comerciales que por el interés en la salud misma. Registro de estudios orientados al combate de las enfermedades tropicales da cuenta de ello. (Pecoul, Chirac, Trouiller, & Pinel)

El papel de la oferta aumenta la brecha entre pobres y ricos al mismo tiempo reduce el impacto epidemiológico global de la innovación farmacéutica. (Sánchez, 2005) Entre las condiciones y factores que propician que dicha oferta se comporte como hasta el momento lo hace, se concluyen las siguientes:

a) El costo de la innovación: Para la industria el desarrollo de un nuevo producto, representa alrededor del 14% de su facturación total. Lo que si bien es un valor alto, hasta la fecha parece que ha estado mal enfocado o con tendencia a procurar enfermedades que brindan una mayor cuota de ganancia y no a enfermedades con mayor índice de mortalidad, gravedad o masividad.

b) La concentración creciente de la oferta: Las empresas buscan alcanzar economías de escala.

Esto involucra tres tendencias: a) proliferación de adquisiciones y fusiones, b) una reingeniería permanente para reducir estructuras y costos duplicados, c) Integración vertical con agentes de comercialización y hasta con servicios de salud avanzando hacia lo que se ha denominado como “disease management” o gestión de la enfermedad.

c) La falta de competencia: A nivel internacional se estima que por cada principio activo existen aproximadamente 50 marcas comerciales diferentes. Tantos oferentes para el mismo producto hacen suponer que los laboratorios tenderían a competir por precios de forma que el resultado fuese la estabilización de un precio próximo al de *commodity*. Sin embargo, El mercado de medicamentos denota una

gran dispersión de precios entre oferentes de un mismo medicamento, auspiciado en gran medida por el poder y “jerarquía” que les brindan sus marcas.

d) La desigualdad en cuanto a financiación: Existen al menos tres modalidades de financiamiento: compra directa por parte del paciente a través del desembolso directo, pago compartido, y suministro gratuito. El pago directo es la modalidad que involucra mayores barreras de acceso al medicamento y la más regresiva. El pago compartido (también llamado copago o cofinanciación) es el mecanismo mediante el cual el sistema paga una parte del precio y el usuario la otra. Tiene como base el reconocimiento de la conveniencia de que el sistema de salud financie el suministro de medicamentos pero prevé que el usuario participe en el pago para que contribuya al financiamiento del sistema (copago). Las desventajas del esquema de copago consisten en que la parte que cada persona debe desembolsar no es proporcional a sus ingresos sino a su condición de enfermedad y al precio de los medicamentos. Es decir, se trata de un mecanismo que discrimina en contra de los más pobres y de los más enfermos. El suministro gratuito de medicamentos constituye la modalidad de financiación que permite el acceso más amplio y equitativo. En especial cuando es focalizado sobre la población más necesitada.

e) Los precios altos: La principal orientación que sigue la industria para fijar los precios es obtener el mayor margen de rentabilidad estableciendo los precios al límite máximo que el mercado pueda soportar. Los precios de los medicamentos no dependen exclusivamente de los costos directos de producción, que suelen ser el componente de menor peso en el precio final. Tampoco guardan relación directa con los costos de investigación científica de los laboratorios productores, que pueden llegar a ser muy elevados para ciertos medicamentos y generalmente se recuperan con sus primeros años de comercialización, pero que son muy bajos para la mayoría de las nuevas aplicaciones farmacéuticas. (Sánchez, 2005)

Los precios finales de los medicamentos están compuestos por su precio de fábrica y el margen de comercialización. El precio de fábrica incluye los gastos de investigación, producción y empaque (que en muchos medicamentos son menores al 5% del precio de venta); la ganancia de los laboratorios productores (que depende

de su poder de mercado); y los gastos de promoción comercial (publicidad, estímulos y comisiones, programas de visitadores médicos, financiamiento de eventos profesionales y recreativos, etc.). Los gastos de comercialización incluyen los costos de operación de los intermediarios y la ganancia de quienes realizan la intermediación.

El mercado de medicamentos es uno de los más complejos, debido a la cantidad de actores involucrados y la diversidad de papeles que estos desempeñan en el proceso que va desde la producción hasta el consumo.

Se han identificado varios factores que limitan la competencia o que generan una competencia imperfecta en el mercado de medicamentos, entre ellos la elevada capacidad que tiene la oferta para crear o inducir su propia demanda, su relación de agencia imperfecta ya que quien prescribe toma las decisiones sobre su consumo en nombre del paciente, aunque no cuenta con toda la información ni toma siempre las decisiones más adecuadas en función del costo, la amplia protección por patentes y la gran lealtad a la marca, además de la concentración oligopólica que existe por segmentos de productos.

Sin embargo, todas estas manifestaciones realmente tienen una misma causa: las asimetrías en la información, que permite establecer una diferenciación artificial de los productos, de manera que aunque haya varios fabricantes se mantiene la tendencia a mantener monopolios y a transformar a los consumidores en clientes cautivos.

Hasta ahora no ha sido posible aislar a la práctica médica y a salud misma de la lógica general que impera en la sociedad de consumo: una sociedad caracterizada por hombres enajenados en donde los cuerpos proporcionan fuerza de trabajo y su salud deviene mercancía. Es aquí cuando la medicina toma el cargo y se le asigna la tarea de evitar fallas en los procesos y garantizar que la enfermedad no disminuya la productividad del individuo fomentado obviamente que la industria farmacéutica logre realizar su producción.

La dualidad que surge entre la industria de medicamentos y la práctica médica hegemónica, permitió mostrar cómo el medicamento pasa a ser un instrumento que garantiza la ganancia y que lamentablemente ha pasado a convertirse en símbolo de salud, una salud que solo encuentra su lugar legítimo en la publicidad con la cual engaña a los individuos utilizando su aparente eficacia y cómo, en tanto mercancía, los medicamentos generan el valor y garantizan la acumulación de uno de los sectores más lucrativos del sector industrial transnacional.

En cuanto hacia donde se dirige ahora la industria farmacéutica, parece que tomara una nueva tendencia, apostar más por astucia financiera que por la “innovación científica”.

Así es como lo comenta "Brent" Saunders presidente ejecutivo del gigante farmacéutico Actavis y uno de los reyes de la industria farmacéutica en Wall Street actualmente.

El modo en el que opera denominado *growth-pharm* parece revolucionara a la industria farmacéutica aunque existen por supuesto quienes no conciben el rubro sin la creación de nuevos fármacos.

La idea es que la empresa farmacéutica como tal se concentre en la comercialización y ensayos clínicos, pero evitando la misión central de la mayoría de las compañías farmacéuticas: crear drogas, y optar por comprar a universidades o empresas de biotecnología, lo que por supuesto cambia toda la panorámica del sector.

"La idea de que, para jugar en las grandes ligas hay que hacer descubrimientos de fármacos es en realidad una falacia", dice Saunders. "Tienes que investigar, tienes que estar comprometido con la innovación. Creo fuertemente en eso, pero el descubrimiento no devuelve el costo".

Lo que es una realidad es Actavis-Allergan es un “éxito” y como empresa farmacéutica su objetivo no es la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos. Entonces quizá sea esta la nueva tendencia y el camino que tomará la industria

farmacéutica con lo que se deja muy en claro que la tendencia no pinta al cambio, lo que importa es vender, las curas no están en la lista de prioridades, lo que ayuda a reforzar la hipótesis planteada en esta tesis. Se perdió todo propósito humano y de ética desde el momento en que los pacientes comenzaron a ser clientes.

¿Cuál sería ahora el problema de que los laboratorios sigan comprando a las Universidades y empresas biotécnicas?

Si los gobiernos siguen pasivos en estos temas y los grandes laboratorios empiezan a comprar patentes a estas instituciones que entre otras cosas algunas son de los pocos entes que aún se desempeñan con ética y con un actuar en *pro* de la humanidad. Las empresas van a empezar a subordinar que investigar y que no, siempre tendiendo a lo más rentable y no a lo más benéfico y en segundo lugar van a imponer sus precios, atacando la base de los sistemas de salud y limitando los beneficios de los nuevos descubrimientos a toda la población.

El papel de los medios de comunicación aparece como instrumento del aparato de ganancias de la industria farmacéutica. El cual instala ideas, patrones, conductas, estilos y demás parámetros, para legitimar a la sociedad.

El aparato de los medios de comunicación es para el ser humano contemporáneo lo que era para el hombre de siglos pasados la religión. Capaz de dismantelar ideas, gobiernos, propuestas, alternativas. Por lo cual en dicho trabajo aparece como un aparato legitimador, esencial para que todo el proceso en el cual se desempeña el mundo de la farmacéutica y por consecuencia se de una mercantilización de la vida funcione. Mediante sus formas de actuar delimita lo que está bien y lo que no, tanto social, mental, espiritual, estético y por su puesto en materia de salud.

“Si yo hubiera cometido el grave error de venir al mundo 20 años después, con toda seguridad habría ejemplificado, al igual que prácticamente todos mis amigos, un caso de “necesaria medicación” y hoy seríamos zombies, por completo inutilizados para vivir, para producir, para crear. Esto, claro está, en caso de que no acabáramos volándonos la tapa de los sesos, luego de un delicioso viaje de Prozac, seguido de acribillar desde el tejado a la mitad de la población escolar de nuestro centro de formación”

Milla 2009[†]

^{*†} Milla es un *blogger* que escribe artículos sobre temática social para una página llamada *Clear Santo Domingo*, se desconoce si “Milla” es realmente su nombre real o algún tipo de apodo con el que firma sus artículos.

Capítulo II: La manufactura de enfermedades

En el presente capítulo se busca abordar las condiciones que el modo de producción actual ha generado para influir de manera directa en la salud orgánica de las personas y a la vez analizar de qué manera fomenta a la enfermedad para que funcione como insumo del mecanismo farmacéutico-capitalista y este pueda producir las ganancias extraordinarias que actualmente percibe.

Los medios para manufacturar enfermedades son variables, la distorsión que se tiene del concepto de *salud* es primordial puesto que este se ha visto influenciado por la estética, la cosmética, la publicidad e indudablemente por el mercado. Es por eso que se busca iniciar el capítulo abordando lo que engloba la salud y quienes dictaminan su definición actual.

Encontramos en el neoliberalismo el ideal de salud estandarizado en patrones rígidos, en fusión más del aparato mediático que de la propia concepción biológica y natural del ser humano, lo que ayuda a comprender de alguna forma la manera en que opera el modelo.

Por tanto resulta interesante a su vez encontrar de donde viene esta manufactura conformándose y que hay detrás de ella, para ello se acude en el segundo de los temas del capítulo a Michel Foucault y a su *análisis de la clínica* del siglo XXIII el cual nos brinda las pautas para abordar a la clínica como aparato legitimador que pasa a ser absorbido por la propia industria farmacéutica y por el mercado en general. Dándonos un panorama en el cual, la manufactura de enfermedades ha fungido de manera histórica de diferentes maneras para conseguir distintos fines.

Pasando por ese viaje del siglo XVIII al siglo XXI, se llega a la *medicina contemporánea* en la que aparece la enfermedad como consecuencia tanto de los mismos procesos médicos y farmacológicos como de las condiciones propias del capitalismo.

En esta parte que se dedica al análisis breve de la medicina contemporánea, se toman ideas auspiciadas mayormente por Ivan Illich, para tratar de comprender los procesos actuales del devenir de la medicina actual.

Seguido a eso, se abordan ya las *formas* en las que las firmas farmacéuticas en duplicidad con los medios de comunicación implementan *para manufacturar las enfermedades* y generar necesidades.

Una vez que se pretendió mostrar el accionar de la manufactura de enfermedades como tal, se busca analizar los otros mecanismos secundarios que fomentan, incrementan, fortalecen y favorecen al proceso de creación de enfermedades. En esta parte se abordan temas como: *la alimentación en el neoliberalismo* y lo que representa para el negocio de los fármacos y al sistema mismo, una *sociedad de enfermos*.

Por último se busca ilustrar lo antes mencionado y se habla de enfermedades propias de la manufactura, como lo son el *autismo* que surge de manera interesante como una condición de enfermedad del postfordismo y que se coloca como la antítesis del sujeto neoliberal contemporáneo. *La medicalización de las mujeres* en sus condiciones y funciones biológicas naturales y *las enfermedades consecuencia de la técnica* utilizada en el capitalismo que influyen de manera directa al medio ambiente y como consecuencia a los organismos de las personas que en algunos casos las ha llevado a padecer sensibilidad química múltiple, la cual aparece como la madre de muchas enfermedades y condiciones crónicas.

2.1 La Salud

La salud según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentada en su constitución en 1948, es un estado de completo bienestar físico, mental y social.

En cuanto a la definición etimológica, la palabra salud tiene un carácter más biológico viene del latín *salus* y se expresa como el "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones"

Por su parte, la OMS cuenta con distintos tipos de lineamientos generales en cuanto a salud, entre los que destacan:

- La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.
- El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.
Con todo, cerca de 150 millones de personas en todo el mundo se encuentran cada año en una situación financiera catastrófica y 100 millones de personas se ven abocadas a vivir por debajo del umbral de la pobreza debido a sus gastos sanitarios.
- El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, y esto es pieza clave porque el derecho a estar sano involucra independencia y subjetividad.

Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones. "En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella. En grandes rasgos, la salud puede reconocerse y analizarse desde dos perspectivas: la de la salud física y la de la salud mental, aunque en realidad se trata de dos aspectos relacionados entre sí.

La salud mental, por su parte, apunta a aglutinar todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar a todo ser humano y obligarlo a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver las eventuales demandas surgidas en el marco de la vida cotidiana.

Cabe destacar que las ciencias de la salud son aquellas que en teoría permiten obtener los conocimientos para ayudar a prevenir enfermedades y a desarrollar iniciativas que promuevan la salud y el bienestar tanto de una persona en particular como de la comunidad en general.

"El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Entre otros ejemplos están: el tratado de las Naciones Unidas sobre derechos humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979; Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

La OMS hace énfasis en que el camino a la salud principalmente es la alimentación y el ejercicio.

Pero lo interesante, es saber si realmente será esto suficiente y alcanzable, pues ¿cómo tener una buena alimentación? si el mercado está lleno de productos transgénicos, comida chatarra, comida rápida, empresas de la industria alimenticia que irónicamente lo menos que hacen es nutrir al consumidor. Y en contra parte, la comida que se pinta como saludable y nutritiva no está al alcance de todos.

Por otra parte los hábitos deportivos recomendados pueden verse desplazados por cuestiones de tiempo, en el que la vida diaria y el modo de producción en el que vivimos parecen no compaginar con esa idea.

Y por último la parte médica, la encargada de componer la salud de la población parece también haber caído en el juego de la mercadotecnia, el consumismo y el de ver a la salud humana como un producto bastante rentable, en el que la cura y la salud pasan a segundo término, lo económicamente interesante es el tratamiento.

El problema a su vez de definir a la salud como a un estado de completo bienestar, involucra caer en subjetividades, porque lo que para una persona es “completo bienestar” para otra puede no serlo, es por eso que este tipo de organismos como la OMS encasillan, jerarquizan, cuadran y legitiman patrones fijos de lo que es

salud y todo aquello que no entra en esos límites, son aislados, criticados, discriminados y algunas veces hasta castigados.

Claro que existen condiciones generales de lo que se entiende por salud, sin embargo estas condiciones deben responder a factores biológicos-naturales y no a intereses de mercado.

La salud desde un sentido propio de vista debe representar: integridad, felicidad, independencia, capacidad de sanación, honestidad, plenitud para realizar actividades y asumir responsabilidades.

La Directora general de la OMS la doctora Margaret Chan, menciona que el mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud. La pregunta es ¿Realmente se necesita institucionalizar la salud? Y ¿De qué tipo de salud estamos hablando? Porque al institucionalizar la salud la hacemos rígida y la salud en si es un concepto subjetivo. Por qué no mejor hablar de un mundo que brinde las opciones para vivir de manera sana, entendiendo por sano el sentirse pleno, independiente de organismos que legitimen lo que para ellos es salud.

2.2 La compra de la clínica.

En este apartado se busca explicar cómo la clínica ha sufrido un cambio, un derrumbe a como estaba planteada antes de la segunda guerra mundial. Pasó de ser un ente verificador que dictaba los patrones de lo que debía ser y hacer un cuerpo perfecto. La clínica pasa a ser, de defensora de un cuerpo nacional a un accesorio absorbido por el neoliberalismo y su sistema mediático.

¿Cómo era vista la enfermedad en el cuerpo de un paciente por el médico en los siglos previos al siglo XVIII?

Como sabemos, el discurso y los métodos estaban ligados a factores como: la imaginación, lo sobrenatural, lo místico, las creencias. Por lo cual resulta interesante el análisis que realiza Foucault en “El nacimiento de la clínica” (1963) pues nos narra los cambios radicales que surgen en la medicina a finales del siglo XVII, ya que la fuente del saber médico pasa a ser la observación, el uso de ojos atentos, al registro y análisis de manchas, colores, irregularidades, cambios, durezas, adherencias. Esta mirada empírica ligada al periodo de la Ilustración, se transforma al nuevo parámetro que define la relación médico-paciente y que surge como el nuevo aparato verificador de la época.

En el nacimiento de la clínica (Foucault, 1978) se hace mucho énfasis en la importancia que adquiere la observación en el nacimiento del médico de finales de siglo XVII, pues cobra un sentido objetivo, es una herramienta de análisis de un espacio, un espacio llamado cuerpo humano y que dicho espacio requiere un lenguaje que permita describir a ese cuerpo y a la vez estos ojos analíticos van a ser conscientes de la posibilidad de muerte que tiene el mismo y en función de esto es que adquiere un sentido la investigación sobre la enfermedad.

Es decir se pone al descubierto que el paradigma empieza a cambiar ya no son factores ajenos y místicos los que rigen el cuerpo humano y sus enfermedades, ahora el saber científico a través de la observación y el análisis, son los que

empiezan a confrontarse con el destino único de todo ser humano, el de la muerte, para encontrar opciones de curación, alivio y tratamiento.

En conceptos resumidos: comienza a principios del siglo XVIII una medicina en términos de ciencia moderna, de un renacimiento tanto del hospital como de la educación médica, del surgimiento de la anatomía patológica y de la semiología, en la que el ojo se vuelve clínico, observa la enfermedad, usa el lenguaje para describirla y a la razón como herramienta de análisis.

Lo que parece muy interesante de esta clínica y saber médico es el poder que adquiere como aparato legitimador, es decir que funciona como una especie de súper-estructura que delimita ciertos parámetros que le dan reconocimiento al cuerpo humano.

Es decir nos encontramos desde los siglos XVIII a mediados del siglo XX con un aparato clínico paradigmático, defensor a muerte de los estándares de los “cuerpos nacionales” y de la industrialización del cuerpo; es decir cuerpos que denominaban sanos y que representaban por un lado el potencial del ser humano y por el otro que eran perfectos para funcionar e incorporarse al aparato productivo. Por lo tanto todo cuerpo y mente que no encajara con esos estándares era mal visto y desprestigiado, puesto que se ocupaba el factor de los promedios y de las mayorías a través de la media utilizada como algoritmo por el estándar político.

De 1830 a 1850 aparecen las definiciones modernas de discapacidad entendidas como patologías (Preciado, 2013) y esto empieza a abrir ciertas brechas en la taxonomía de la clínica. Lo que caracteriza a la deficiencia y a la discapacidad es que no son enfermedades puesto que son condiciones crónicas, en un sentido riguroso escapa de la lógica disciplinaria que domina la propia voluntad terapéutica y curativa de la clínica. A este cuerpo deficiente, en el entendido de que no puede incorporarse al proceso productivo, la clínica no puede ofrecerle una solución de cura.

Y es aquí en donde entra la discriminación hacia personas no heterosexuales, sífilíticas, tuberculosas, con mal formaciones en el cuerpo, padecimientos

psiquiátricos y ligadas a la prostitución. Pues las personas que entraban en estos grupos no encajaban con el ideal de la época y no funcionaban para el esquema político, de guerra, ni en el sistema productivo.

Pareciera entonces que ante estos ataques de exclusión, las personas que no encajaban en los parámetros establecidos surgieran en pleno siglo XX y XXI como movimientos contestatarios y de resistencia natural contra esta clínica que los hacia a un lado puesto que no encajaban en los patrones anatómicos que planteaba la medicina. Y aunado a eso a mediados de los años cincuenta la clínica entra en crisis consecuencia de los nuevos descubrimientos que surgen en términos de diferencia sexual. Sin embargo no fueron estos movimientos los que derribaron a la clínica, lo que derribo a la clínica fue el modelo neoliberal. Ya que el aparato de legitimación de la clínica ya no es científico, ahora es mercantil y mediático alejado de lo que Foucault mencionaba del siglo XIX.

Lo interesante es que este derrumbe no propicio la muerte de la clínica, lo que propicio fue su venta al modelo neoliberal de consumo y medios de comunicación. Y el encargado de hacer esta compra ha sido sin duda la industria farmacéutica. Ya que como se menciona en capítulos anteriores, después de la segunda guerra mundial surgen cambios tanto de paradigmas como en los aparatos de verificación, sale a la luz un nuevo aparato que ya no es científico sino ahora es mercantil y como Foucault menciona; no es sola una doctrina económica sino una forma de producción y reproducción de la vida.

Es por ello la importancia de darse cuenta del grado de relevancia que tiene para nuestras vidas estas nuevas formas de dominio que aparecen, ya que históricamente se ha padecido con esta clínica de estándares y defensora de cuerpos nacionales para ahora padecer de las trampas de un sistema médico y farmacológico que su fin no es el curar sino el vender.

La compra de la clínica se traduce en pasar de una clínica defensora de cuerpos nacionales a una clínica defensora de cuerpos “perfectos” delimitados por los medios de comunicación.

En consecuencia el cuerpo del ser humano atraviesa por un cambio radical, cambia su función de un cuerpo meramente reproductivo a un cuerpo consumidor. El estatuto de la sexualidad contemporánea y la reproducción pasan a ser un *souvenir*. El aparato de legitimación no es más la clínica ahora lo es el mercado.

La tradicional imagen de la clínica como superestructura y sus sedes en conventos, colegios, prisiones, etc. Siguen funcionando hoy en día y trabajan ahora en fusión y articulación con el mercado, bajo el nombre de muchas marcas transnacionales.

Y para ilustrar este fenómeno de transición del aparato consolidado de la clínica al mercado, existe un ejemplo muy concreto y tiene que ver con el SIDA.

Como sabemos el SIDA no es una enfermedad es más bien un síndrome que es diagnosticado a través de una prueba farmacológica denominada ELISA la cual tiene como principal objetivo poner en evidencia la presencia de anticuerpos o de antígenos específicos de una enfermedad en una muestra de sangre (CCM, 2016).

Esta prueba se convierte en un test casi obligatorio en algunos contextos y define el diagnóstico serológico independientemente de una condición de un cuerpo normal o patológico.

El SIDA aparece en los inicios de los años ochenta bajo un contexto mundial que estaba pasando de la sociedad del intercambio a la sociedad del consumo, Ronald Reagan en la presidencia de los Estados Unidos y en la salida de una crisis petrolera entre otras cosas. Por lo que surge como lo menciona Beatriz Preciado como la primera pandemia de la condición neoliberal e inaugura como técnica de gestión política implementada, cuyo aparato de verificación es televisivo y farmacológico. Es decir los debates en torno al SIDA no son científicos puramente, sino que se instauran debates de intervención y comercialización farmacológica.

Este síndrome conocido en sus inicios también como el cáncer gay, cobija un conjunto de figuras subalternas que estaban escapando de la clínica del siglo XIX.

Afecta a distintos grupos “H” es decir a los grupos de Hemofílicos, Haitianos, Heroinómanos y Hooker’s (prostitutas).

Las coordenadas de gestión política del SIDA definen un nuevo sujeto subalterno transversal puesto que escapa de las lógicas de la sexualidad tradicional del siglo XIX

Transcurriendo esta dinámica surgen grupos de supuestos enfermos de SIDA. Los cuales realizan un cambio al modo de hacer micropolítica. Los enfermos rechazan la posición de enfermos, piden intervenir en la producción de conocimiento científico y desafían el funcionamiento de los ensayos clínicos.

Aquí ellos permiten ejemplificar y constatar que el aparato de legitimación que produce lo normal y lo patológico se desplazó de la clínica al mercado farmacológico puesto que el primer lugar al que atacaron son las compañías farmacéuticas, entendieron que eran ahora el rival a vencer, pues era este el que estaba dictaminando el modo de hacer las cosas y criticaron la representación del SIDA en los medios de comunicación así como el modo en que la industria estaba gestionando las patentes.

2.3 Medicina Contemporánea

Las enfermedades al igual que las sociedades y las personas se han transformado y han presenciado cambios significativos.

Enfermedades que hace ya algunos años eran considerados como epidemias o enfermedades mortales hoy en día son controladas y más de la mitad de las muertes son relacionadas con la vejez. Y sus excepciones de muertes en jóvenes están relacionadas entre los hombres: "...por agresiones (28.7%) mujeres (11%), accidentes de transporte hombres (17%) mujeres (10%) y lesiones auto infringidas intencionalmente en hombres (7%) y mujeres (6%) en estas dos últimas el sector más vulnerable es la población de 15 a 19 años que equivale al 37% de la población en México". (OMS, 2003)

Aunque estos cambios en el estado de salud se pueden atribuir a un logro de la industria médica, la historia nos demuestra que otros factores son lo que han contribuido, como cambios en la higiene o en la alimentación de las personas y en contra parte muchas de las enfermedades contemporáneas son consecuencia de la intervención médica o del modo de producción actual.

Iván Illich en su libro de némesis médica menciona que durante el último siglo los médicos no han influido sobre las epidemias más profundamente que los sacerdotes en tiempos anteriores.

"Actualmente, en los países pobres, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores se registran con más frecuencia, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica"

Si bien entonces los avances en cuestión de enfermedades mortales pasadas no deberían de ser atribuidas a la parte médica, por otro lado, tampoco "se le puede culpar por la mayor expectativa de una vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades." (Illich 1978)

Son varios los factores que interfieren en la calidad de vida y de salud de las sociedades como la calidad del suelo, del ambiente, del agua, del aire, condiciones de nutrición, así como cuestiones políticas relacionadas con la igualdad y la cultura. Distintas disciplinas como la historia, la geografía médica, la antropología, la sociología han observado y demostrado que la interacción de todos estos factores son lo que delimitan la calidad de la salud de las poblaciones y a qué edad tienden a fallecer las personas adultas.

Hay que reconocer que si bien algunos procesos desarrollados por médicos resultan positivos al integrarse a la sociedad, han aportado cambios favorables a la salud pero en un grado medible, tales como “algunas” vacunas en infantes (viruela, difteria, tétanos, tifoidea, sarampión) procesos antibacterianos y algunas medidas sanitarias no necesariamente médicas como tratamientos de aguas, sistemas de drenajes, uso de antisépticos, y jabones.

No es que se esté desacreditando a la industria médica, es factor importante en el proceso del desarrollo humano, tan importante como lo pueden ser muchas otras profesiones, solo parece ser que en la sociedad actual está sobrevalorado y la industria farmacéutica lo ha ocupado y le ha dado un poder del cual hoy en día suele abusar, sus procesos e intervenciones actuales redefinen pero no reducen la mortalidad.

La imponente tecnología médica se ha unido con la retórica igualitaria para crear la impresión de que la medicina contemporánea es sumamente eficaz.

Si existen procedimientos imprescindibles y útiles pero funcionan cuando no se encuentran capturados ni monopolizados, los cuales resultan aplicables a enfermedades ampliamente difundidas y su éxito tiene que ver con lo económicos y accesibles que resultan, pero esta es la parte reducida, en contra parte el mayor gasto en investigación médica van enfocados a publicidad, diagnósticos y tratamientos cuya eficacia es dudosa.

“El dolor, las disfunciones, las incapacidades y la angustia resultantes de la intervención médica técnica” (Ilich 1978) interactúan con la mortandad ocasionada

en el capitalismo (guerras, la industria, la contaminación, el tráfico vial) hacen que la medicina tenga una fuente de ganancias ilimitada, convirtiéndola a la medicina misma como una epidemia contemporánea. Es decir la enfermedad ha alcanzado el grado de yatrogenia** (Meyler, 1972) Los productos químicos entre ellos los medicamentos son potencialmente tóxicos para el ser humano y sus efectos secundarios no deseados han incrementado.

** Referencia al daño causado por tratamientos o medicamentos

2.4 Formas de manufacturar enfermedades

Es una realidad que existen un porcentaje de pacientes reales que se pueden beneficiar de los tratamientos, pero el objetivo de las farmacéuticas es "crear la necesidad" generar y expandir para formar un mercado de mayorías a la que se dirijan las estrategias y para ello las empresas de fármacos se basan de ciertas tácticas, entre las que destacan

- Tomar una función normal y dar a entender que algo va mal en ella y que debe tratarse.
- Atribuir un padecimiento a una enfermedad donde no la hay.

Para ejemplo los comerciales que se presentan en la televisión, por decir algunos nombres en México se presentan los famosos "información que cura" y similares en lo se informa de una lista de síntomas y padecimientos comunes por mencionar alguno: el dolor de cabeza, consecuencia del cansancio del día, como un síntoma de migraña el cual debe de medicarse inmediatamente y sin dar más información que un par de líneas confusas recomiendan sugerentemente un tratamiento. La gente al coincidir en uno o más padecimientos, siente que en realidad está padeciendo la enfermedad mencionada y se dispone a ir a comprar el tratamiento.

- Aumentar los rangos de prevalencia de las enfermedades.
- Hoy en día hay más personas que entran en el rango de enfermos y si bien las condiciones de vida pueden propiciarlo, no conforme con eso los parámetros para diagnosticar a una persona han aumentado. Al aumentar los rangos aumentan el número de personas y el consumo de medicamentos para "tratarlo". Ejemplo de ello se encuentra en los parámetros para diagnosticar hipertensión y colesterol los cuales han ido en aumento.
- Definir una condición de salud como "enfermedad por deficiencia" o por "desbalance hormonal". Un ejemplo se observa en la menopausia en el caso de las mujeres y la calvicie en los hombres, los cuales son procesos de la edad naturales pero que los medios los han modificado hasta el punto de

condicionar problemas de autoestima o de rendimiento e inmediatamente se lanza al mercado el paquete de tratamientos para buscar controlarlos.

- Fomentar el miedo en personas sanas acerca de una probable futura enfermedad.

Un ejemplo un poco burdo pero que viene a contexto, es el caso de Angelina Jolie que se quitó los senos para prevenir que le diera cáncer de mama, suena un poco ilógico, es decir hasta donde vamos a llegar. La idea ya ni siquiera esta en tener la enfermedad, sino en adelantarse cuando se desconoce si en realidad se le va a padecer, pero el miedo es tan brutal que resulta mejor en este caso mutilar una parte del cuerpo con tal de evitar estar ante una situación de enfermedad y por ende de temor.

- Introducir nuevos diagnósticos, cuanto menos cuestionables mejor, que sean difíciles de distinguir de la vida normal.
- Utilizar estadísticas maquillando resultados de estudios para exagerar los beneficios de tratamientos.
- Promocionar drogas agresivas para síntomas y enfermedades leves.

El mundo ya no soporta un dolor de cabeza, a la menor molestia se opta por ingerir una aspirina y este en el menor de los casos, en el caso de los niños “inquietos” los medicamentos para controlarlos son sumamente agresivos tanto a nivel físico como emocional.

- Promocionar fármacos como soluciones de primera línea para problemas que antes no eran considerados como problemas médicos.

El acné en los adolescentes hoy en día es considerado como un problema de salud, que es más bien de naturaleza hormonal y estética pero que dados los estereotipos impuestos, el padecer esta condición se presenta como un problema que podría acarrear hasta daño psicológico.

- Redefinición de enfermedades usando resultados intermedios como resultados finales.

Por ejemplo, considerar la osteoporosis como una enfermedad en base solo a la osteopenia (resultado intermedio), o valorar la hipercolesterolemia como

una enfermedad susceptible de cura, y no como un factor de riesgo cardiovascular.

- “La industria farmacéutica ha conseguido extender la idea de que la osteoporosis es un "ladrón silencioso que roba el calcio de los huesos" y que si no se está alerta puede llevar a una vida llena de limitaciones. Desde los aspectos conceptuales controvertidos "... (no solo influye la densidad mineral ósea en el riesgo de fracturas, los valores de densitometría arrojan un valor predictivo positivo muy pobre en población de bajo riesgo) hasta incorrecciones de la estadística (utilización de riesgos relativos de fracturas con los tratamientos preventivos cuando el riesgo absoluto es muy pequeño en mujeres sanas, sin otros factores de riesgo) hacen considerar que la osteoporosis debería volver a su estatus inicial y no al actual, ya extendido, de enfermedad tratable”.
- Promoción de tecnologías aparentemente sin riesgos y mágicas.

2.5 Lo que comemos en el neoliberalismo

La alimentación en el neoliberalismo y en concreto en México está caracterizada por el consumo de alimentos transgénicos, trastornos y problemas alimentarios, tales como la obesidad, diabetes, bulimia, anorexia, anemia, enfermedades gastrointestinales.

Lo alarmante parece ser lo que Miguel Adame llama la *chatarrización* de la comida, tanto de su consumo como las consecuencias a la salud y a la cultura.

Los cimientos de la dieta en el neoliberalismo le han puesto un gran énfasis a la obtención y consumo excesivo de proteínas y energías a través de la ingesta de carnes rojas, azúcares y sal. Sumado a eso, viejos malos hábitos como el consumo de drogas legales ha puesto al mexicano vulnerable en cuestiones de salud y lo han posicionado como el gran afectado por enfermedades gastrointestinales, siendo esta la segunda causa de morbilidad en el país, alrededor de 54 millones de personas padecen este mal.

La carne roja es una bomba de tiempo para el organismo, la cual suplementada con pesticidas, hormonas y manipulaciones genéticas con el fin de hacerla lucir más atractiva y obtener una mayor rentabilidad de su producción.

El azúcar por su parte es mera sacarosa, lo que da una carga energética al organismo de manera inmediata pero sin aporte de nutrientes lo que debilita al organismo debido a la metabolización.

La sal comercial es básicamente cloruro de sodio, causante de la incorrecta asimilación del sodio en los huesos, lo que rompe el equilibrio sodio-potasio y contribuye a la formación de edemas y tejido acuoso.

En el modelo de alimentación neoliberal se han desatado los principales desordenes y deformaciones del modelo de alimentación tradicional. Muestra de ello es el aumento en el consumo de frituras y bebidas gaseosas por encima del consumo en los Estados Unidos. Lo alarmante es que dicho consumo recae en las

poblaciones más jóvenes y por tanto vulnerables, las cuales tienen índices de sobrepeso y diabetes preocupantes incluso antes de cumplir con la primera década de vida, lo que a largo plazo genera adultos con una salud deteriorada y disfuncional. Sin embargo las llamadas de atención y los intentos por algunas asociaciones sobre los riesgos que corre la salud y la manifestación evidente de los intereses que de fondo existen entre quienes los comercian, surgen medidas tomadas en contra pero que se basan solo en disminuir y prevenir el alto consumo de dichas frituras y bebidas, no se habla de erradicarlo, por lo tanto siguen incluidas en las dietas diarias y es común verlas en los desayunos de las escuelas.

Por otro lado esta comida que se ha denominado basura ha ido haciendo a un lado a la comida casera tradicional y una de las razones es que genera un tipo de adicción semejante a la que producen las drogas, que la hace demandable y por ende su consumo se ha potenciado. Por tanto nos encontramos ante una desestructuración alimentaria, en diversas partes del mundo se están dejando de preparar y usar los espacios domésticos para la preparación y consumo de alimentos.

Mensajes como el “come frutas y verduras” y “aliméntate sanamente” tan populares en los medios y en los propios productos chatarra, no han logrado generar a la fecha ninguna repercusión positiva.

Existe también una escasa información en cuanto a los procesos de producción y consumo que generan una gran amenaza al medio ambiente y al cuerpo humano, como lo alimentos transgénicos que utilizan por un lado productos tóxicos y por el otro generan una pérdida de biodiversidad. Cabe mencionar además el gran atentado que generan contra la salud, pues se ha demostrado que son causantes de alergias, tumores cancerígenos, mutaciones y resistencia a algunos antibióticos.

El problema de los alimentos modificados genéticamente también daña a las economías regionales las cuales se ven afectadas por el poder que tienen un par de empresas transnacionales las cuales acaparan la mayor parte del mercado alimentario.

Los tratados internacionales como el TLCAN ha modificado el sistema de alimentos en México y como consecuencia los alimentos de producción nacional se encuentran recurrentemente vulnerables ante los golpes del libre comercio y las reglas de un mercado controlado por Estados Unidos, lo que coloca al país en constantes crisis de alimentos como la de 2007 y 2008 relacionada a los cereales.

2.6 El negocio de una sociedad de “todos enfermos”.

Punto importante, es la falta de enfermos, la oferta de medicamentos los ha superado, y por ende no hay tanto espacio para colocar sus productos, por lo que se opta por buscar el mecanismo que ponga en marcha la demanda y la forma de lograrlo es mediante el infligir temor y exagerar los síntomas y padecimientos.

La tristeza se convierte en depresión, la autoestima inflada, el hablar más de lo usual y la fatiga en bipolaridad, la presión alta pasa a ser hipertensión, el temor a hablar en público y el evitar situaciones sociales como fiestas y reuniones en desorden de ansiedad social, la falta de deseo sexual en disfunción sexual, el perder cosas esporádicamente y la falta de gusto por la escuela y las tareas, el comportamiento más activo de los niños acompañado de la energía natural que tienen, en hiperactividad o Trastorno por déficit de Atención (TDAH) .

Si bien en primera instancia, el hecho de detectar una enfermedad y de tratarla puede resultar positivo, la realidad se vuelca más compleja de lo que parece.

Y para muestra del gran negocio que es la manufactura de enfermedades, se toma el caso de la hiperactividad o TDAH (Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad) la cual no es una enfermedad.

“Son enfermedades las dolencias con una base biológica real, con un problema físico objetivamente comprobable, como, por ejemplo, un proceso infeccioso o degenerativo. En cambio, no existe patología orgánica subyacente al TDAH, por lo

que su diagnóstico se basa sólo en la observación del comportamiento del niño, de ciertas pautas de conducta consideradas anormales o inapropiadas, como falta de atención, facilidad para distraerse, impulsividad, labilidad emocional, desobediencia y problemas de adaptación social.”

"Los que estaban favor de que la hiperactividad es una enfermedad, obviamente en su mayoría laboratorios, médicos e instituciones financiados por los mismos intentan demostrar el trasfondo fisiológico –sin éxito– y revelan que la prevalencia en la población infantil es de un 8%, y que, si bien su origen se desconoce aún, no se debe a problemas ambientales, familiares o sociales, sino que es altamente genético y surge por un mal funcionamiento de neurotransmisores –dopamina y noradrenalina– en la parte frontal del cerebro, la encargada de la función ejecutiva". (Ruiz Franco, 2008)

Estas conclusiones entran en el terreno de lo hipotético, incluso El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, reconoce que no se han establecido pruebas de laboratorio o evaluaciones neurológicas que resulten diagnósticas. Debido a la ausencia de valoración objetiva, ésta se establece a partir de la conducta del niño, con toda la subjetividad que esto conlleva. Es posible que ciertas características genéticas contribuyan al síndrome en algunos casos, pero eso no significa que sean su causa, sino que se suma cierta predisposición genética (temperamento nervioso, por ejemplo) a un entorno y aprendizaje poco apropiados.

En México, según la Secretaría de Salud, un millón 650 mil niños y adolescentes lo padecen, y 80 por ciento no están “debidamente tratados”. A la fecha aproximadamente 20 millones de niños han sido medicados con drogas psiquiátricas, cada ocho horas nace un bebe con defectos congénitos a causa de estos medicamentos, un niño a la semana es ingresado en estado de coma por la misma razón. Al mes cuatro niños mueren consecuencia de los efectos secundarios y uno comete suicidio bajo el efecto de estas sustancias.

"Doce agencias regulatorias internacionales han publicado advertencias sobre los efectos de medicamentos psiquiátricos como el Ritalín, que causan: adicción,

depresión, insomnio, manía, psicosis, ataque cerebral, muerte súbita, dichos organismos también han publicado 172 advertencias y estudios sobre antidepresivos, entre los que destacan: alucinaciones, hostilidad, violencia, agresividad, pensamientos homicidas, suicidio.

Organismos reguladores de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Irlanda, Australia, Nueva Zelandia y Sudáfrica advierten que las drogas antipsicóticas pueden causar la muerte y no importando eso, se prescriben a bebés de menos de 3 años". (Español 2011)

Este atentado a la buena ciencia y a la ética tiene estrecha relación con el lucrativo negocio que supone la industria farmacéutica, que ha experimentado un espectacular aumento en las ventas de metilfenidato en los últimos años.

"El Diario U de Chile en 2015 arrojó una nota en la que menciona que entre el 2005 y el 2009 aumentó en 30% (40 toneladas) el consumo mundial de metilfenidato (Ritalín), la mayoría consumida dentro de los EEUU. En ese mismo país mueren al menos 100 personas diarias por sobredosis, abuso o mal uso de drogas prescritas, esto es tan así que las tasas de mortalidad por este motivo se ha más que triplicado desde 1990".

En un mundo tan delimitado y sometido no se detiene a pensar en que cada individuo posee cualidades y capacidades diferentes, pero cuando los esquemas planteados por las instituciones en forma de estereotipos, determinar algo, es muy difícil que estos se dobleguen y se corre el riesgo de estar cometiendo errores lamentables para la humanidad y coartando la libertad de las personas.

En pleno siglo XXI seguimos teniendo rituales parecidos a los de la inquisición, a la quema de brujas, a los incendios de libros pues se coartan las posibilidades de muchas mentes que podrían ser brillantes, aunque diferentes pero que al no encajar en los patrones establecidos se catalogan de diferentes, de personas con trastornos mentales, de niños con hiperactividad, los cuales podrían ser genios en potencia en otros ámbitos pero que la estructura no los permite desarrollar.

Los niños que se catalogan de inquietos o distraídos quizá solo estén manifestando capacidades distintas de inteligencia, de creatividad, de expresión artística, que no se permiten explotar y por el contrario incluso se medican para frenarlas, lo cual parece un atentado terrible y surge la pregunta que Ivan Ilich se plantea... ¿somos una sociedad que ha evolucionado o seguimos en esos tiempos inquisitorios solo que ahora disfrazados bajo batas blancas y empresas farmacéuticas que determinan estándares cuadrados de inteligencia.

Por otro lado los psicofármacos son de los principales fármacos que incrementan la factura farmacéutica. "Por cada diez personas que toman psicofármacos 8.5 son mujeres y 1.5 son hombres. (Llobet, 2015)

La falta de diagnósticos adecuados o la falta de servicios sociales adecuados, no se puede confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo el hecho de que muchos de los procesos que se relacionan con dolor o con cansancio sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos, se traducen en un gran problema porque facilita "casualmente" un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos con el fin de mejorar únicamente la sintomatología, sin conseguirlo de forma eficaz y generando secuelas.

La mayoría de personas diagnosticadas de fibromialgia, por ejemplo, son tratadas con varios antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos a la vez. Y empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga frente a cualquier presentación de dolor generalizado aunque no cumpla los criterios diagnósticos de la fibromialgia.

El consumo de Psico-fármacos: Antidepresivos y tranquilizantes son a la vez una forma de generar ciudadanos pasivos:

El negocio de una sociedad de todos enfermos recae por una parte en las ganancias que genera pasar de pacientes a clientes consumidores de fármacos, con lo cual gran parte del ingreso se destine a este rubro de manera constante y por otra generar ciudadanos dependientes y pasivos que necesiten del fármaco para desempeñar sus tareas. Lo que cuadra perfecto para el funcionamiento del sistema.

2.7 Medicalización en las mujeres.

Con el paso de los años la idea de que las funciones biológicas naturales de la población femenina tales como el embarazo, la menstruación, la reproducción, vistas como limitantes e incluso enfermedades se ha ido reforzando y se han puesto de moda.

Conceptos como los de salud y prevención son sustituidos por los de tratamiento y medicación de por vida.

A pesar que desde la década de los noventa ha surgido literatura en la que se demuestra el sesgo por parte de los encargados de la medicina de no diagnosticar adecuadamente las enfermedades y padecimientos femeninos, los problemas de las mujeres han continuado encubiertos: “explicados” como problemas psicológicos o psicosomáticos, permanecen invisibles para la medicina que continua recetando psicofármacos antes incluso de aunar, explorar e investigar al paciente, y, como resultado han hecho que las mujeres terminen por dudar de su salud mental y de sus propios síntomas a consecuencia de la desinformación que existe.

Se sabe cómo ya se mencionó en capítulos anteriores que los problemas de salud van mucho más allá de solo el cuerpo médico y tienen que tomarse en cuenta la interacción entre la cultura, el medio ambiente, la biología, la psicología, las condiciones de vida y trabajo de los seres humanos y, por lo tanto, un método "científico" de investigación de las diferencias deberá tener en cuenta la aportación del análisis cualitativo, además del cuantitativo, de las situaciones que condicionan la salud. Pero la aceptación de este análisis es uno de los elementos que conflictual las creencias e intereses de los llamados “profesionales de la salud” hacia la parte femenina.

Les cuesta reconocer que por problemas de estereotipos culturales, sociales y psicológicos, se está invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, llevando a errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz, y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las

enfermedades que se pretenden tratar. Estos son los estereotipos de género que no dejan hacer notar las diferencias de los condicionantes de la salud tanto femenina como masculina.

Lo que hace cuestionar ¿Por qué un mundo que se cree científico ha olvidado los problemas reales de la mitad de la población?, mientras medicaliza y controla los procesos naturales que sin duda no son ningún problema.

Después de la segunda guerra mundial, en la década de los cincuenta, fue inventada. La píldora anticonceptiva, que inicialmente tenía como objetivo regular los embarazos para ayudar a la planificación de la familia. Con el tiempo, cualquier pequeño trastorno de la regularidad del ciclo menstrual o de la intensidad de la menstruación en lugar de ser investigado para diagnosticar las causas es "tratado" inicialmente con anticonceptivos hormonales. Los anticonceptivos hormonales en teoría "regulan el ciclo" o sea lo mantienen puntualmente cada veintiocho días, y disminuye su cantidad, pero nadie explica que al mismo tiempo se inhibe el ciclo menstrual en el hipotálamo, la armonía de sus neurotransmisores y el equilibrio de la circulación en sangre de las hormonas tiroideas y de la glándula suprarrenal.

Resulta entonces una contradicción, los anticonceptivos que se recetan para que las mujeres puedan tener una mayor libertad sexual terminan diluyendo su deseo sexual. Entonces controlar la menstruación no se puede decir que se traduce en un incremento en la calidad de vida.

Parece que en el mundo actual con la demanda personal que se ejerce sobre las mujeres y en general sobre todas las personas, la menstruación es un obstáculo, una limitante que se busca mitigar para alcanzar mayor productividad aunque el costo que acarrea sea perjudicial para la salud.

Que pasa en la otra cara de la moneda, ¿porque los métodos anticonceptivos a diferencia del preservativo van encaminados a la mujer y no al hombre?

Quizá la respuesta está en que disminuir la producción de espermatozoides sin afectar la producción de testosterona ha sido una tarea no lograda todavía. Y la

testosterona es un tesoro muy preciado para el modo de producción actual, pues la testosterona es el mecanismo que alimenta el comportamiento masculino por excelencia.

En un mercado sin testosterona como peor escenario, el panorama parece no viable para un mundo consumista el cual es bombardeado diariamente bajo publicidad y la mayoría de alguna u otra forma con tintes sexuales, el decir que todo se reduce a sexo no es una expresión descabellada, es en realidad la forma en la que se comporta el mundo.

Por ejemplo, que pasaría si este mercado viril fuera tocado por anticonceptivos dirigidos a hombres que les haría disminuir su testosterona, con ello su deseo sexual lo que acarrearía una disminución importantísima en el consumo tanto de hombres como de mujeres. Entonces, el objetivo es que la farmacoterapia no debe suprimir el deseo sexual masculino, porque es una de las fuentes del tesoro. Sin embargo, no ha tenido reparos en manipular el femenino.

La armonía vital física y mental de una mujer se refleja en su regularidad ya que las situaciones de estrés físico o mental, las anemias, las deficiencias nutricionales aunque sean parciales o la pérdida de peso puede alterar su ritmo. "Cuando la menstruación es "normal" se puede presentar cada 26 a 32 días, dura un día fuerte y dos o tres con menos flujo, no presenta coágulos ni dolor, y no debe presentarse con síntomas previos de malestar, dolor mamario o dolor en piernas o abdomen, el denominado síndrome premenstrual. La alteración de alguno de estos parámetros puede permitir detectar en fases muy tempranas carencias, disfunciones y enfermedades que podrían ser equilibradas o curadas". (Llobet 2015)

El desconocimiento de las causas que producen alteraciones del ciclo, ha hecho creer a muchas mujeres y a muchos profesionales que lo mejor para eliminar las molestias alrededor de la menstruación es abolir la misma, aunque reconozcan que ello conlleva a estar tomando medicación durante toda la vida reproductiva, es decir de 35 a 40 años.

Se quiere atacar a un fenómeno biológico como un mero asunto del órgano reproductor femenino y se está dejando de lado que el periodo menstrual también está condicionado por la vía neuronal, el sistema nervioso central, el sistema neuroendocrino. Una vez más se busca atacar los problemas por encima sin llegar al fondo, mientras los resultados en el corto tiempo sean “los esperados” los de mediano y largo plazo parecen dejarlos sin importancia, puesto que los resultados “al momento” son lo que generan la ganancia económica, ya después con el paso del tiempo se espera se invente otra cura milagrosa para contrarrestar los efectos causados y esta idea parece estar implantada en el inconsciente colectivo.

Algunas mujeres y algunas ginecólogas y ginecólogos han mostrado el deseo de abolir la menstruación con los argumentos de que esto supondría un progreso para las mujeres, sin explicarles claramente que deberían mantenerse con tratamiento hormonal durante años y que las consecuencias de un tratamiento prolongado podrían ser: cáncer de mama, endometrio, incremento de enfermedades autoinmunes, obesidad, colelitiasis, endocrinopatías, etc.

Otro caso también de la medicalización de las mujeres surge a principio de los años 90. En el cual se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y las sofocaciones con THS (Tratamiento Hormonal Sustitutivo), las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) hechos en mujeres sanas. El tipo de mujeres escogido era ya sesgado respecto al resto de población: más delgadas, practicaban ejercicio físico continuado, etc. Y en cambio, después, la terapia se aplicaba por igual a todas las mujeres ya fueran obesas o simplemente con peso por encima de la media, sin atender al conocimiento científico ya existente de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplicaba por diez según el sobrepeso de las mujeres.

La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos si se administraba durante diez o quince años. Aquí otro punto importante, los tratamientos hormonales regularmente son de largo plazo, con lo que por un lado causan grandes daños al

organismo por la duración en la que son aplicados y dos este largo plazo genera ganancias económicas constantes, lo cual es una mina de oro para la industria, entre más tiempo el paciente consume, más recursos se le pueden quitar.

En un país y en un mundo influido por ideas románticas de occidente en el que se enseña que el hombre tiene que “cuidar a la mujer”, surge la pregunta de si ¿en realidad las cuidamos?, ¿de que las cuidamos’ y si ellas en realidad quieren que las cuidemos. Si cuidar es mutilar parte de sus órganos, frenar procesos biológicos y naturales, ponerles dosis elevadas de hormonas, modificar sus comportamientos, no realizar investigaciones exclusivas para ellas es cuidarlas, entonces me parece la palabra queda muy corta y estamos muy lejos de realmente protegerlas si es lo que se busca. En este sentido el discurso va más allá, va en búsqueda de una igualdad real de género y que no quede solo en palabras sino que se vea en los hechos.

Hoy en día la mujer se encuentra ajena a su propio cuerpo y los tratamientos para la menstruación se determinan sin tomar en cuenta situaciones culturales, sociales, biológicas, genéticas y psicológicas que pueden alterar y dañar sus organismos.

2.8 Autismo.

El autismo que aparece como una clasificación y condición de enfermedad humana surge en un contexto de postfordismo a finales de los años cuarenta e ilustra bien el contexto tratado en este capítulo II, pero en este caso tiene un carácter peculiar, pues esta condición si bien ha sido reclamada por la medicación y la farmacéutica también explica esta manufactura como un mecanismo aislador.

Los inicios del estudio de esta condición tienen que ver con el medico Leo Keyner quien lleva a cabo un experimento con un pequeño grupo de 11 niños en los cuales aprecia ciertas características que lo llevan a definir lo que hoy se conoce como: autismo infantil.

Resulta interesante saber que la noción de autismo es inventada al igual que la noción de género en la clínica Jonh Hopkins y casualmente al mismo tiempo. Esa definición de género que va a servir para direccionar los cuerpos de los bebes hacia la masculinidad o feminidad y que todo lo que no entre en esa clasificación será deslegitimado.

Por otro lado Asperger en 1950 define la psicopatología autista como el nuevo cuerpo discapacitado para la producción posfordista, aparece como la nueva enfermedad de la producción inmaterial es decir de la producción cognitiva por eso no aparece antes y es crucial para la configuración de los años 50 y 60.

Dicha definición menciona que estas personas tienen un rechazo o ausencia de la capacidad lingüística; por lo tanto la persona autista no es productor semiótico, tiene movimientos de auto-estimulación rítmicos que ponen en peligro todo contacto social, posee un trastorno comunicativo y no establece contacto visual por lo que no permite la interacción social además de ser solitario, aislado y no emocional, por lo cual no puede poner afectos a trabajar.

Lo importante del autismo es que no aparece como una “patología” cognitiva solamente, sino como una patología social, económica y política.

Las personas bajo la etiqueta de autistas, aparecen entonces como seres que no “nutren” estos parámetros económico-sociales y el sistema que legitima al no poder ocuparlos para saciar sus procesos los busca encasillar y mediante el ente fármaco-medico les pone el nombre de autistas. Con lo cual no solo los excluye sino que genera a su vez un nuevo mercado de consumo, pues la persona autista al ser considerada una persona “enferma” el sistema dicta que tiene que tomar fármacos, recibir una “educación” y atención especial, tener una dieta distinta, entre otras cosas.

El autista aparece entonces como un ser incapaz de adaptarse a los procesos de producción y consumo, aparece la figura autista como la antítesis del hombre productivo y consumidor que el sistema capitalista necesita para que funcione el modelo.

2.9 Factores biológicos, psicológicos, sociales, medioambientales y culturales que deben considerar y complementar la atención médica.

México cuenta con un problema adicional: la pésima calidad de los servicios de salud pública. El sector salud no tiene tiempo, ni la correcta distribución de los recursos para abordar la multicausalidad del enfermar, cuando la respuesta al padecimiento no se encuentra se tiende a atribuirlo todo a problemas psicológicos y a administrar fármacos.

Sumado a esta situación, el exceso de demanda en los centros públicos de salud, las consultas tienen que durar poco tiempo para poder atender a la gran masa de pacientes, no hay tiempo, ni una buena canalización de los recursos para realizar estrategias de prevención y educación sanitaria, por lo que se opta a que el paciente salga con una receta como resultado del “acto sanitario” “más vale recetar que diagnosticar”, dado que el proceso de diagnóstico exige recursos específicos, como análisis, radiografías, y otras exploraciones, que son difíciles de obtener sobre todo con rapidez.

La falta de conocimiento entre las diferencias en la manifestación de las enfermedades de hombres y mujeres, es una de las principales dificultades para diagnosticar correctamente las enfermedades de las mujeres. “La mayoría de las investigaciones de la década de los 80 a los 90, sobre tabaquismo, lípidos o evolución de las enfermedades cardiovasculares, no incorporaron ninguna mujer dentro de los grupos estudiados (Lobet ,2015) por lo que no se pudo conocer si existían diferencias entre mujeres y hombres en los efectos secundarios y factores de riesgo de estas patologías o adicciones.”

Y la información que si existe no siempre se divulga y no llega a las aulas de medicina, por ejemplo: Un caso que menciona la investigadora Karen Messing es que las diferencias ergonómicas y las distintas cargas laborales producen alteraciones esqueléticas distintas.

O que algunos otros factores externos como el acoso sexual en el trabajo y los abusos sexuales en la infancia, así como la violencia psicológica o física en las relaciones personales, generan causas ocultas del enfermar de las mujeres, difíciles de identificar si no se está entrenado para hacer el diagnóstico. Utilizar un ansiolítico en estos casos puede suponer dejar a las posibles personas que sufren malos tratos sin los recursos físicos y mentales para defenderse.

Los encargados de recetar la mayoría de las veces no toman en cuenta estos fenómenos y se medica sin llegar al problema de fondo, lo cual resulta una medicación sin sentido, pues el problema real no se trata.

De forma mesurada se han hecho algunos avances en las especialidades que empezaron a darse cuenta de las diferencias en la evolución de las enfermedades y los factores de riesgo como cardiología, salud laboral, epidemiología, y también el hecho de que los avances de la Biomedicina y de la Sociología incorporada al estudio de la sobrecarga doméstica de la vida de las mujeres, todo ello ha iniciado el abordaje de la salud de las mujeres y de los hombres como confluencia de factores bio-psico-sociales, culturales y medioambientales.

Las consecuencias de solo tomar en cuenta al hombre en procesos de salud, como una visión androcéntrica y por tanto no considerar las diferencias más allá de las físicas entre hombre y mujer, son un gran problema en términos de igualdad de género y a su vez de derechos a la salud.

Por otro lado no existe evidencia científica alguna que demuestre que procesos naturales de la mujer como los antes mencionados: ovulación, menopausia, tengan que ser medicalizados y por si fuera poco los efectos secundarios y las consecuencias de hacerlo tales como problemas físicos y mentales son ocultados o minimizados.

Se habla de igualdad de género, en el trabajo, en la educación, en la familia, pero pocas veces se habla de la igual en cuestiones de salud. El mundo de la medicina occidental analiza a hombres y mujeres como uno solo, como un único ser enfermo.

Un ejemplo más ocurre con los infartos, los cuales si no se tiene en cuenta que los síntomas de infarto en la mujer son diferentes que los que presentan los hombres y que tardan tres horas más en llegar al hospital porque sus síntomas se confunden con indigestión, estamos hablando que en definitiva estamos en una desigualdad de oportunidades.

Lo que se debe hacer para mitigar esta medicalización es sin duda exigir mejores y más completos diagnósticos. Y la forma de llegar a ello es obteniendo más y mejor información así como divulgación de resultados. Incorporar análisis de otros campos, como la sociología, la antropología, la biología para conformar un análisis más completo de la realidad. Luchar para quitar estereotipos de género y la más importante buscar abrir las mentalidades cerradas, pues no podremos tener acceso a mejor calidad de vida, mejor información, cambios en la atención sanitaria, la docencia y la investigación sino volteamos a ver al verdadero enemigo que es la desinformación y la desigualdad de oportunidades.

2.10 Enfermedades medioambientales.

La contaminación con productos químicos, tóxicos y contaminantes ambientales son un fenómeno que golpea silenciosamente al mundo todo los días, por la dimensión del problema podríamos estar hablando de una epidemia, pero que dadas las condiciones y el modelo actual en el que vivimos no parece conveniente para el sistema que se le tome a esta información como un problema grave a pesar de la gran cantidad de personas a las que afecta en cuanto a calidad de vida y que en los peores casos los conduce a la muerte.

Las cifras de muertes consecuencia de la contaminación en varias de sus presentaciones son incluso superiores a las del narcotráfico, los accidentes de tránsito y violencia pues esta comprado que muchas de las principales enfermedades que desencadenan en decesos como la diabetes, la cardiopatía isquémica, enfermedades del riñón, problemas cerebro vasculares, asma, hipertensión, cáncer de diversos tipos, son consecuencia del elevado nivel de toxicidad al que estamos expuestos los seres humanos día con día.

No se puede hablar de enfermedades medioambientes sin mencionar un pilar importantísimo que es la sensibilidad química múltiple (SQM) que aunque es un término relativamente nuevo y que hasta la fecha en nuestro país no es considerado como una enfermedad como tal, todo parece indicar que es la madre de la mayoría de las enfermedades.

Pues varias de las principales enfermedades y padecimientos mencionados anteriormente y algunas otras como la intolerancia a los alimentos, hiperactividad, Parkinson, alergias, autismo, infertilidad entre otras están ligadas y son desencadenadas por productos y procesos químicos cotidianos como los alimentos que consumimos, las drogas que se nos recetan, los desechos tóxicos que respiramos, el agua que tomamos, entre otros.

Entonces ¿qué es la sensibilidad química múltiple?

La Sensibilidad Química Múltiple según la doctora Pilar Muñoz es una condición, reacción o padecimiento que se genera por los tóxicos ambientales contenidos en el aire, agua, medicamentos y alimentos, que aunque aparezcan en dosis muy pequeñas pueden causar problemas severos.

El origen de estas reacciones depende de:

- Órganos o tejidos afectados (No es lo mismo que afecte al riñón que al pulmón, al hígado, al corazón, etc.)
- Naturaleza farmacológica o química de las sustancias implicadas (duración, concentración, virulencia de la exposición).
- Susceptibilidad de la persona expuesta (estado nutricional, genético, carga toxica)
- Cantidad de otros estresantes corporales (infecciones, estado físico dañado, heridas)
- Sinergias en el momento de la reacción

Tratado coloquialmente la SQM puede explicarse de la siguiente manera: El ser humano tiene por naturaleza una capacidad de auto limpieza, auto desintoxicación y auto sanación del organismo, y si bien los productos tóxicos que ingresan al cuerpo el organismo tiene la capacidad de eliminarlos, pero solo una determinada cantidad, y esta parte que es tan elevada y no puede eliminarse, se va a acumulando y se le conoce como carga toxica (De Prada, 2015). Es como si tuviéramos una piscina y esta se empezara a llenar poco a poco de personas hasta el punto en el que una persona más haría que el agua se empezara a derramar de la alberca y dado la concentración elevada de personas estas empezarían a estar incomodas y entrarían en conflicto. Ese vertido de agua fuera de la piscina entendido como la explosión del organismo y ese conflicto entre las personas que acarrea problemas es a lo que se le llama SQM, es decir esa incapacidad del ser humano de depurarse.

Algo muy interesante de la SQM es que al ser tan cotidiano, todas las personas estamos expuestas y además de manera sistémica, es decir que puede atacar a cualquier sistema del cuerpo humano, desde el respiratorio hasta el reproductor, pero al momento de buscar un tratamiento, la mayoría de los médicos desconocen este padecimiento y lo confunden con algún otro o en el peor de los casos hasta con problemas mentales y se recetan fármacos como analgésicos para tapar los síntomas por un tiempo pero que a largo plazo el problema se agrava más y es por eso que termina desencadenando enfermedades mortales, porque no existen diagnósticos correctos ni a tiempo.

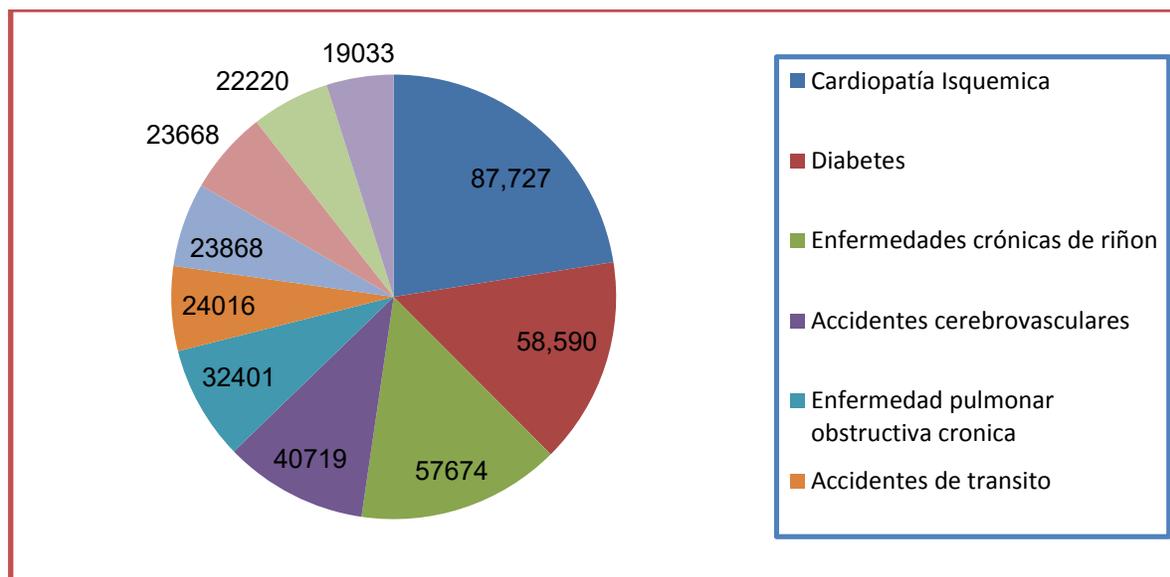
En todo el mundo los focos rojos ya están encendiéndose y cada vez son más las personas enfermas a causa de tóxicos, el paso uno sería empezar a reconocer el problema, la semilla de estas enfermedades son las sustancias tóxicas y si bien el cuerpo humano tiene la capacidad natural de defenderse esta capacidad se ve rebasada y si sumamos que el mecanismo que nutre a este sistema de defensa está dañado por un estado nutricional endeble, el resultado a largo plazo será un mundo de todos enfermos, un tesoro para el mundo farmacéutico que buscara desgarrar aún más los recursos económicos de las personas que intentaran curarse pero que en realidad eso nunca pasara porque se sigue alimentando el círculo vicioso.

Pero en este tema no todo está perdido, también hay destellos rescatables y es que dada la problemática y la cantidad de enfermos y muertos a consecuencia de por decirlo de algún modo, del modelo de producción actual y del ritmo de vida que desencadena, ha brotado cada vez más información y más gente preocupada por estos temas. En 2014 en España por ejemplo después de algunos años de luchar se ha reconocido oficialmente la sensibilidad química múltiple como un padecimiento, al incorporarla a su Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE (el sistema con el que la Sanidad clasifica y codifica sus diagnósticos). Esta es la fórmula autorizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que un gobierno —bajo ciertas pautas— pueda oficializar las dolencias de sus ciudadanos que ella aún no ha catalogado a nivel internacional. (Moya 2014) Es un gran paso, puesto que al menos ya en alguna parte del mundo se está reconociendo que el

modelo de consumo está haciendo mal las cosas y que es un problema de técnica y por ende podrá empezar a buscarse alternativas. Esperemos que lo mismo sucede en México y en todas partes del mundo y que no solo se quede en occidente y se ocupe a América Latina como bastión como regularmente se ha hecho.

Un argumento que se utiliza en contra de la sensibilidad, es que el cuerpo humano por naturaleza debe de evolucionar y adaptarse a las nuevas etapas del mundo contemporáneo. Y si bien, el cuerpo humano posee la capacidad de adaptación, el adaptarse es un proceso largo y para el cual aún no se está preparado, la toxicidad en el organismo es rebasada y por mucho. Un ejemplo sería: Poner un coche a rebasar al otro, al momento va a poder rebasarlo pero no va poder continuar al mismo ritmo todo el tiempo, pasa igual con el cuerpo y con muchos organismos, no se pueden forzar, porque al presionar de más los organismos colapsan y es el momento de susceptibilidad en el que las enfermedades aprovechan para dañar al cuerpo.

Gráfica 2.1 Principales Causas de Muerte en México en 2013 (Número de personas)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE: MORTALIDAD GLOBAL, REGIONAL Y NACIONAL POR CAUSAS ESPECÍFICAS Y POR TODAS LAS CAUSAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO PARA 240 CAUSAS DE MUERTE DURANTE EL PERIODO 1990-2013: UN ANÁLISIS SISTEMÁTICO DEL ESTUDIO DE CARGA GLOBAL DE MORTALIDAD 2013.

Y para demostrar esta cercanía a la toxicidad y a la contaminación de la que somos parte, basta pensar en nuestra rutina de alimentación diaria. Cuantas personas conocemos o nosotros mismos que somos consumidores frecuentes de Coca Cola, este producto emblema de la sociedad de consumo el cual hasta fines milagrosos se le han adjudicado y que funciona como combustible de la sociedad en la cual la gente la ingiere no solo por placer o “necesidad”, sino para poder desempeñar “correctamente sus funciones diarias”, pues la toman para estar más alerta, para despertar, para poder poner atención. Pues si bien cumple su función al momento por la elevada carga de azúcares que tiene, el efecto a mediano y largo plazo puede ser sumamente nocivo.

Los refrescos: Coca Cola y Pepsi contemporáneas, contienen 4 metilimidazol, sustancia que ha sido incluida en las listas de sustancias cancerígenas por la FDA (Food and Drug Administration). El 4 metilimidazol es prácticamente azúcar quemada, se encuentra también en cervezas, pasteles y golosinas.

Lo interesante e impactante de este caso además es el poder que tienen este tipo de empresas para controlar a las Instituciones reguladoras incluso a pesar del veneno que venden y que aunque están conscientes de que dicha sustancia es cancerígena pues así lo reconocen, no piensan quitarla de sus productos, la alternativa que plantean es la de una mera reducción en la cantidad de sustancia agregada y con eso ya estarían evitando el tener que poner una etiqueta de advertencia. El argumento que manejan es que se necesitarían como mínimo 100 latas de consumo para que se presenten daños significativos, 100 latas para gente que toma hasta 3 diarias parece un dato escalofriante, es por eso que no debería sorprender ya la cifra diaria de personas que se diagnostican con cáncer.

Coca cola es solo por mencionar un ejemplo de los productos tóxicos diarios con lo que convivimos y a la lista se puede agregar nuestra pasta de dientes, desodorante, perfumes, aromatizantes, productos de limpieza, cosméticos, shampoo, jabones, tintes, pinturas, barnices, etc.

Y es que el problema no son como tal los productos sino la técnica que se emplea para su producción, la mayoría con una base de petróleo el cual es una de las sustancias comprobada más nocivas para la salud humana.

2.11 Conclusiones.

Para que la manufactura de enfermedades se hiciera posible se tuvo que hacer una compra del aparato clínico que solía funcionar históricamente como un aparato legitimador de cuerpos, dicho aparato fue apropiado por empresas transnacionales para legitimar en función del mercado y ya no del estado.

Al encontrarse el poder legitimador en manos del sistema neoliberal y sus principales empresas, es entendible que se siga la misma lógica de mercado para generar las condiciones que sirvan de ventaja y permitan que el modelo siga funcionando y fortaleciéndose. Pues ahora ellos a través de medios masivos de comunicación dictan las pautas y los estereotipos socialmente correctos que deben seguirse y todo aquello que no encaje en el modelo pueda ser excluido como históricamente se ha dado.

Por otro lado el uso generalizado y fomentado en diferentes proporciones según el sector social al que se pertenezca en función del consumo de antibióticos, vitaminas, tranquilizantes, analgésicos, antihistamínicos, vacunas, etc, deja observar los distintos tipos de estrategias para hacer frente a lo que se presenta como adversidades de la vida, sin embargo dichas condiciones no son la solución al problema y por el contrario lo único que se hace es cubrir y dificultar la localización de los verdaderos conflictos del individuo.

Los fármacos forman parte del actuar terapéutico utilizado masivamente por los médicos. Recetar y consumir medicamentos ha pasado a ser una práctica social frecuente y natural para la población.

La técnica más usada para la producción en el sistema neoliberal basada en petróleo y sus derivados aparece también como un gran problema en aspectos de salud a la vez que ha sido responsables de alarmantes emisiones de dióxido de carbono y la Ciudad de México aparece como una de las más afectadas del mundo generando en la población infecciones respiratorias colocando a esta afección como una de las principales causas de muerte en el país.

La contaminación consecuencia de la técnica por tanto no solo refiere a la calidad del aire, también ha afectado alimentos y animales ya sea por su implementación en la fertilización en cultivos o por la ingesta. Por tanto la mayor parte de alimentos y bebidas que se consumen tienen un nivel de concentración de contaminantes que aumenta en relación al aumento en la cadena alimenticia, es decir: menor en raíces, tubérculos y vegetales y mayor en carnes animales.

El siglo XXI podría ser denominado entonces como el siglo de la obsesión por la salud perfecta, salud caracterizada de estereotipos, en donde hasta los procesos biológicos naturales del ser humano tales como la vejez, la calvicie o la menstruación, parecen haber pasado de ser una condición fisiológica a ser un trastorno, un obstáculo para el ser humano.

Como dice Miguel Jara, investigador muy importante en temas de salud: “Caminamos a pasos agigantados hacia una sociedad de *todos pacientes*”. Lo que se traduce en un todos medicados, el *homo medicadus* es el hombre del siglo XXI sin embargo no significa que con ello exista un bienestar social; significa por un lado que la industria farmacéutica y por el otro la forma de producción actual lo han conducido a ese punto, han enfermado al ser humano pero no bastando a eso, sacan provecho de tan lamentable condición.

El elemento elite de la manufactura de enfermedades, se llama: “publicidad”. Diariamente se es bombardeado por los medios de comunicación quienes entregan publicidad y comerciales disfrazados de información, la gente al no tener muchas otras fuentes de acceso a la “información” consume esta publicidad y la almacena como miedo y consumo en sus subconscientes. Este tipo de material que arrojan

los medios, se encarga de distorsionar los síntomas con el fin de que cualquier molestia por simple que sea el paciente lo relacione a que tiene alguna enfermedad y por ende acuda a consumir el fármaco que lo alivie, cuando muchas veces como seres humanos estamos expuestos a tener síntomas tolerables y bastante comunes.

A su vez esta estrategia se ocupa para disminuir lo más que se pueda la tolerancia al dolor, el ser humano se prepara para ser un ser ajeno al dolor, el cual es inherente al ser humano, hoy en día cualquier dolor de cabeza por más mínimo que sea o cólico, es sujeto de medicación, porque en este mundo influenciado por los medios no hay espacio para el dolor tolerable, todo síntoma debe de ser medicado por más ligero que este sea, lo que a largo plazo acarreará más problemas por efectos secundarios, pero esta es la parte que no se menciona.

Para cerrar el capítulo, las enfermedades son en el siglo XXI el nuevo semillero de inversión en el sistema neoliberal. La medicina ha quedado sometida al capital en el momento en que impulsa y desarrolla tratamientos para las enfermedades en vez de explotar el saber médico para la creación y desarrollo de curas que eleven las expectativas de vida y no que solo fomente soluciones que privilegien la medicación a perpetuidad y promuevan que las grandes farmacéuticas se beneficien de un mundo enfermo para hacer crecer y reproducir su capital cíclicamente.

Capítulo III: Una economía crematística.

La economía se ha ensuciado, el capital ha logrado manipularla y ambicionarla tanto que la ha tratado de convertir en mera crematística, es decir del deseo de ganancia más allá de lo justo. La industria farmacéutica responde sin duda al modo de actuar de una economía crematística.

El capítulo busca explicar las características de una economía crematística con el fin de rescatar los aspectos de una economía sana al servicio de la administración de la casa y por ende de la sociedad, con depredadores controlados y más conscientes, con el fin de que se entienda que se puede hacer economía sin afectar de manera tan directa a terceros, como sucede en el mundo de la farmacéutica, en la que se comercia con salud y además las ganancias son en demasía.

La economía crematística actual es una consecuencia del modelo capitalista y comparte por ende sus rasgos de beneficio solo a unos pocos mientras que el resto permanece padeciendo los efectos y males consecuencia del actuar del mismo modelo.

3.1 Definición de la crematística según Aristóteles.

Como apunta Finley, *oikonomía* (economía) se utilizaba tanto para la administración doméstica como para algo más parecido a lo que actualmente se entiende como economía. La dificultad en la traducción radica en que, tal como las usaba Aristóteles, esta palabra tenía un significado vagamente económico en términos modernos y en ningún caso eran expresiones técnicas. "Por otro lado, la expresión crematística es utilizada en primer término en el sentido más frecuente con el que se utilizaba en la Grecia antigua (el arte de adquirir dinero) y luego se le da un empleo menos ordinario que alude a un sentido mucho más genérico que puede definirse como el "arte de adquirir" en general" (Borisonik 2008).

Los diferentes elementos que conforman lo que se entiende por economía en la actualidad, se encontraban entonces dispersos entre lo doméstico, la política y la guerra. Al respecto, es posible afirmar que hablar de economía para un griego hubiera sido un sinsentido, a diferencia de la modernidad, donde han aparecido ideas y prácticas que otorgan a la economía una autonomía y centralidad novedosa, en un ámbito político.

Por lo tanto, en la antigüedad la crematística también estaba relacionada con el arte adquisitivo y las formas de la propiedad. De hecho Aristóteles aplicaba este término en la capacidad de la moneda para adquirir.

Es en ese mismo sentido que presenta una importante distinción entre *oikonomía* y crematística: “no es lo mismo la *oikonomía* [entendida como administración o economía doméstica] que la crematística. Pues lo propio de ésta es la adquisición, y de la primera, la utilización”. Entonces la crematística es el factor que produce propiedad, es decir, el mecanismo que quita de la naturaleza a los objetos, volviéndolos humanos y otorgándoles un dueño.

Al interior de esta categoría existe, también, una división sustancial. Aristóteles da cuenta de dos formas o definiciones de crematística. Si bien son muchos los nombres con los que el filósofo llama a cada una de ellas, generalmente la "crematística buena" es presentada como economía doméstica, administración doméstica o crematística natural, mientras que la "crematística mala" es también referida como crematística a secas o crematística ilimitada. Es necesario mencionar que Aristóteles reconoce un tercer tipo de crematística, intermedia entre las dos recién presentadas.

Ésta se refiere a los productos de la tierra y derivados de ella que, sin frutos propios, son útiles (por ejemplo la tala de los bosques y la obtención de minerales). Este tipo intermedio se caracteriza por partir de la naturaleza pero participar del intercambio comercial, con lo cual es susceptible de fomentar la búsqueda ilimitada de dinero.

Es necesario aclarar que, cuando los frutos de la misma sean utilizados para la administración y reproducción del hogar o la *polis* (y en tanto vistos como valor de

uso), se está frente al tipo "bueno" de crematística, mientras que cuando sean empleados para el comercio con el fin de obtener dinero, se hablará de crematística "mala".

La crematística es naturalmente una actividad que se dedica a proveer de aquellos bienes cuya posesión en determinada medida es indispensable para el consumo.

Pero está claro que esa medida no es ilimitada, sino que está fijada por la suficiencia, la cual, en definitiva es una idea social más que ontológica, dado que la suficiencia es una categoría de muy difícil evaluación formal, más allá de que Aristóteles lo considere posible. Esta provisión en cantidad suficiente será limitada, dado que las necesidades la polis también lo son y, además, porque la función de la administración no se ve como relacionada al amontonar dinero.

3.1.1 Características de la crematística.

Por otro lado, se presenta la crematística 'mala': "Existe otro tipo de arte adquisitivo, a lo que se suele llamar generalmente, y es apropiado llamarlo así, crematística, por el cual parece que no existe límite alguno a la riqueza ni a la propiedad.

Este tipo de arte adquisitivo difiere del primero en varios aspectos. Mientras que la administración es natural, la crematística se desarrolla de una cierta práctica y técnica, cuya elaboración final es el comercio de compra-venta (y la consiguiente búsqueda de usura). Para explicar su origen, Aristóteles comienza por establecer el doble uso posible para cualquier objeto que sea posible de ser poseído: el propio del objeto mismo (valor de uso) y como objeto de intercambio (valor de cambio) y deriva de este desdoblamiento que puede hacerse de todo bien la aparición del dinero. Mientras el intercambio sea en forma de trueque o se utilice dinero para obtener bienes que no se puedan conseguir de forma inmediata, el comercio no

excede la esfera de la autarquía o autosuficiencia (y, por ende, se mantiene en el ámbito de lo natural).

Pero cuando el intercambio de bienes adquiere un volumen mayor y se extiende la ambición de acumular dinero, es cuando la naturaleza de la adquisición se rompe y se entra en el mundo ilimitado (y por lo tanto carente de fin, lo cual lo diferencia de cualquier arte) de la crematística. Ésta es censurada, en principio, por su carácter antinatural y por acarrear la búsqueda incesante e infinita de dinero que traerá como consecuencia un desprecio por la comunidad en pos de intereses particulares.

Lo más inconcebible radica, entonces, en que la práctica de la crematística hace olvidar a quienes la ejercen el verdadero fin de la vida que es el bien común, objetivos que solamente podrán ser alcanzados colectivamente.

3.2 Formas de utilizar la crematística según Aristóteles

Para aclarar lo anterior, importa realizar una breve descripción de las cuatro formas que Aristóteles entiende que puede tomar el intercambio. Al interior de los hogares, no existía intercambio alguno, puesto que todo era tenido en común. Pero al conformarse las aldeas (por no alcanzar la familia la autosuficiencia), los individuos se vieron obligados a intercambiar sus sobrantes por aquello que necesitaban y no tenían.

En primer lugar, como se vio, aparece el truque que es completamente natural, ya que contribuye a la suficiencia. El mismo podría expresarse abstractamente como M-M (una mercancía se intercambia por otra mercancía diferente), dado que no utiliza dinero.

La segunda forma de intercambio es presentada como un desarrollo de la anterior. En ella, se desdobra el proceso de reciprocidad, dando lugar a dos acciones separadas, la compra (M-D, o mercancía por dinero) y la venta (D-M). Este, M-D-M,

es un circuito que comienza y termina, es decir, es limitado. Una vez que se consiguió el bien que se buscaba, la adquisición llega a su fin.

El problema que Aristóteles se plantea ante esta forma es que utiliza dinero, el cual puede ser usado, al menos, de dos maneras: como aporte a la autosuficiencia (es decir, como medio), o como fin. Este segundo uso se vuelve, aparentemente, inevitable y da lugar a la tercera forma de intercambio, expresada como D-M-D' (siendo D' mayor que D). En este caso, un individuo llega al mercado con dinero, con el cual compra un bien que vuelve a vender por más dinero.

Esta forma implica dos problemas. Primero, lo ilimitado presenta siempre un conflicto para Aristóteles, pues lo que carece de límites no es visto como natural y, por ende, es censurable. Pero el mayor perjuicio era práctico: la crematística 'mala' desvía a quien la realiza de la reciprocidad y la suficiencia que fundamentan la vida social. ¿Qué otro argumento, sino el moral, podía ser usado para que quienes, una vez realizado el circuito D-M-D, no quisieran hacerlo nuevamente (D-M-D') hasta el infinito? La comprensión de esta problemática es fundamental para poder interpretar los planteos aristotélicos en relación con el dinero. (Conill, 95)

Finalmente, hay una cuarta forma que es mencionada de forma más marginal por el Estagirita, que consiste en la usura, es decir, el prestar dinero y ganar un interés por ello (D-D'). Esta forma, claro está, es aborrecida dado que "la ganancia, en ella, procede del mismo dinero, y no para aquello por lo que se inventó el dinero. Que se hizo para el cambio".

La moneda es consecuencia lógica del trueque y a partir de su existencia, aparece la crematística mala. Entonces, el comercio y la acumulación no son naturales, pero parecen casi inevitables. Como hemos visto, es la crematística (en su versión natural, tanto como en la ilimitada) la fuente de la propiedad individual.

Al respecto, Aristóteles ensaya una nueva definición de los diferentes tipos de crematística, y plantea que la utilidad de la crematística natural es saber cómo llevar mejor los terrenos, los animales y todo lo que hace a la subsistencia material de la casa y la polis.

En cambio el principio de utilidad de la crematística ilimitada tiene tres partes: el comercio (que se divide en embarque, transporte y venta), la usura y el trabajo asalariado (que se clasifica en oficios especializados por un lado, y trabajos corporales por el otro).

Por último Aristóteles enfatiza su crítica hacia la crematística, dado que su ejercicio pone los intereses individuales por sobre la comunidad, quebrando consecuentemente el orden natural.

3.3 Conclusiones.

Marx en su capítulo de "proceso de producción del capital" hace referencia a Aristóteles, y contrapone economía y crematística.

La diferencia entre estas podría resumirse de la siguiente manera:

"Economía haría referencia a la satisfacción de necesidades; poseería por lo tanto un límite, ecológico, moral, social. La crematística, en contra, carece de todo límite"

Según Aristóteles como anteriormente se explicó, la forma originaria del comercio era el trueque, pero con su expansión surgió necesariamente el dinero. Al inventarse el dinero, el trueque hubo de desarrollarse necesariamente hasta llegar a ser comercio de mercancías, y este, en contradicción con su tendencia originaria, se convirtió en crematística, en el arte de hacer dinero.

La crematística se distingue de la economía en que para ella la circulación es la fuente de la riqueza, y parece girar en torno del dinero, porque el dinero es el principio y el fin de este tipo de intercambio. De ahí también que la riqueza que la crematística trata de alcanzar sea también ilimitada. "Así como es ilimitado en su afán todo arte cuyo objetivo no es considerado como medio sino como fin último".

La economía tiene por objeto algo que difiere del dinero mismo, mientras que la crematística persigue el aumento de éste. "La confusión entre ambas formas induce a algunos a considerar que el objetivo último de la economía es la conservación y aumento del dinero hasta el infinito".

La economía por tanto debe de alcanzar un carácter más sustantivo, no puede ser la ciencia social matemáticamente avanzada pero humanamente atrasada como comenta Morin y Kern (2005) debe contemplar condiciones históricas, sociales, políticas, psicológicas y medioambientales inherente al hombre y su interacción con el mundo y por ende con la economía.

Recordemos que la economía nace desde una perspectiva etimológica; como la administración de la casa y administrar es gestionar por lo tanto también cuidar,

amar, pensar, procurar, mostrar interés al espacio en el que habitamos y justo en eso se separa economía de crematística, economía es la filosofía de la vida material preocupada por la vida, el trabajo y la relación entre ellos., es importante por ello en muchos aspectos rescatar a la economía y llevarla de nuevo a su punto original, de naturaleza viva y reconstruir esta relación económico – social fuera de la lógica de la explotación y la acumulación, como refiere el doctor Antonio Mendoza.

En los últimos años la ciencia económica ha estado atada a una manera de generar conocimiento a través de ideas de libre mercado, lo que ha conducido a justificar científicamente el beneficio al capital y mostrar la posibilidad de continuidad del sistema económico-social (Mendoza, texto por publicar). La ciencia económica en palabras de Polanyi se ha reducido en muchos casos al oficio de ganar dinero, de hacer dinero, de acumular riquezas materiales, es decir: a crematística.

Con esto no se busca viajar al pasado para retomar modelos anteriores de economía, solo se trata de hacer conciencia de lo problemático que es hacer crematística al menos en el sistema que se encarga de la salud del mundo, pues va más allá de límites éticos y políticos. Se cae en atentar incluso contra la vida misma y la vida como tal, es el motor de cualquier economía en cualquier sistema económico.

Capítulo IV: Otras formas.

En este capítulo se abordan algunas de las formas alternas por las cuales se podría optar para restarle la importancia que se le ha dado al sistema farmacéutico, así como mostrar que existen otras opciones en las cuales no interviene el sistema médico occidental ni los laboratorios farmacológicos para conseguir un nivel de sanación óptimo.

Se abordan temas como la importancia de la alimentación limpia y saludable, las medicinas y terapias alternativas, así como casos prácticos que muestran que el camino al cambio y a la no dependencia, es un camino que se puede alcanzar de manera individual y muchas de las alternativas que se presentan son viables.

La perspectiva es sombría, tanto en el mundo de la farmacéutica como en general en muchos aspectos de la vida cotidiana. Lo interesante del entorno sombrío es el ¿cómo afrontarlo? y generarle batalla ante la perspectiva que se presenta.

Las antorchas para afrontar esta obscuridad sombría son pocas, pero una que surge como la más asequible para alumbrarla parece ser: la esperanza. Pero no una esperanza utópica, pasiva o puesta en manos ajenas, sino en una esperanza activa, propia, real, una que no se estanque en la parálisis ni en la vaga ilusión y esa solo se puede dar desde una trinchera personal, porque el cambio y la batalla en un principio, es propio.

El camino para llevar esta esperanza no es poniéndola en manos ajenas en formas de instituciones o funcionarios, el camino es individual y consiste en conectar este deseo de estar bien con la realidad y la forma viable es crear formas alternas. Otras formas libres y no impuestas o vamos a terminar igual que lo que criticamos, no basta con negar las cosas sin proponer nada, sino el quejarse y estar en desacuerdo sirve de poco. Tienen que ser alternativas vivas y ser viables, parece que los tiempos de las protestas deberían de pasar al siguiente nivel, al de la acción, al de empezar a cambiar nosotros mismos y poner el ejemplo para los que quieran seguir y encuentren en nosotros una alternativa viable.

Ha llegado el momento de lo que en palabras de Gustavo Esteva : (2003) es el momento de recuperar los verbos sustituyendo sustantivos como educación, salud, empleo que nos llevan al camino de la dependencia institucional por verbos como aprender, sanar, trabajar, con lo cual estaríamos ganando autonomía y soberanía. Pensar en sustantivo nos pone dependientes y atrapados; pensar en educación es pensar en una institución que nos imparta, que nos limite el conocimiento en forma de plan de estudios rígido, que nos diga que se debe saber y que no, contar la historia a conveniencia, no prepara ni estimula a la gente en cuanto a generar habilidades, desarrollar destrezas, conocimientos funcionales para la vida o que generen inquietud o curiosidad y a su vez formen seres críticos. A la fecha no se ve que los niños disfruten de su proceso de aprendizaje pues es un proceso cuadrado que los intenta insertar en un molde establecido, en realidad la escuela tradicional, prepara muy poco para la vida y crea a su vez desigualdad, una desigualdad que está en función de obtener títulos que funcionan como etiquetas o pasaportes. Si se buscan alternativas a estos sistemas, los problemas ya no van a tener apellido *Gordillo, Chauyffet* ni ningún otro, ni siglas de instituciones internacionales. Como lo mencionan los zapatistas: no se necesitan de estas estructuras si lo que buscamos es organizarnos para aprender.

En el caso de la salud nos deja atados de manos en un sistema cada vez más precario y subordinado por instituciones y grupos transnacionales. En cambio si pensamos en sanar la solución esta puesta en nuestras manos, planteando cosas como en que consiste estar saludables y vivir sanamente de manera autónoma, recuperar los verbos parece una forma muy clara y viable de encender la antorcha de la esperanza y la alternativa.

Una forma efectiva de actuar y combatir contra las grandes transnacionales y las instituciones es precisamente no combatiendo, sino por el contrario solo suprimiendo la necesidad de su función, dejar de ser dependientes, como algunas filosofías del hinduismo refieren: El romper con la dependencia tanto física como emocional y psicológica es el camino para encontrar la libertad real.

La forma de restarle control al régimen dominante es disolviendo su necesidad y por ende todo lo demás caerá por sí solo.

No podemos seguir quejándonos de los alimentos que nos enferman y seguir consumiéndolos, la respuesta podría estar en generar nuestros propios cultivos, salir de esa zona de confort de ir al supermercado a comprar lo que nos venden, lleno de conservadores y químicos. Tomar conciencia, dejar de pensar en el “a mí no me va a pasar” o en “de algo me tengo que morir” que claro son respetables, pero nos van a seguir teniendo en la precariedad, vamos a seguir siendo la mina de oro para las empresas farmacéuticas que esperan ansiosos acudamos a ellos en busca de solucionar “el mal” que hemos ya generado, mal que muchas veces podría ser combatido a su vez por otros frentes y no solo por el de la medicina convencional.

Existen formas distintas también en cuestión de medicina pero no quieren ser vistas o tomadas de forma seria porque la idea de que la medicina convencional es la efectiva ya está más que instalada en el consiente colectivo y que claro es necesaria para cierto tipo de problemas y padecimientos. No se acudirá a la homeopatía si se fue atropellado por un camión, para ese caso hasta ahora no hay muchas alternativas, pero en cambio se puede acudir y generar más centros médicos alejados de la crematística como algunos que ya existen en diversas partes del mundo.

4.1 Medicina Alternativa.

Existen en el mundo más de 2 mil sistemas y recursos médicos alternativos en distintos rubros (filosóficos, teóricos, metodológicos, de diagnóstico y técnicas de tratamiento).

La medicina alternativa es una forma de tratar, sanar y cuidar al cuerpo que busca acudir a modos distintos a los propuestos por la medicina occidental es decir evitan el uso de medicamentos farmacéuticos y en cambio utilizan elementos naturales que no son tratados con productos químicos, conservadores ni agregados que puedan dañar la integridad física de manera secundaria.

En México se practican cerca de 120 medicinas complementarias (Adame Cerón M. Á., 2013)

Entre las que se encuentran:

*Sistemas médicos alternativos: Se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica, en ellos se encuentra el naturismo, la medicina china-japonesa, homeopatía, medicina tradicional ayurvédica y sistema indígena médico tradicional mesoamericano.

*Enfoques sobre relación mente-cuerpo:

Técnicas diseñadas para que la mente incida sobre las funciones y síntomas corporales como lo son las constelaciones familiares, delfinoterapia, equinoterapia, mascoterapia, entrenamiento autógeno, biorretroalimentación, musicoterapia, hipnoterapia.

*Enfoques sobre relación mente-mente:

Estimulación psicotrópica, terapia cognitiva, sofrología, grafoterapia, terapia regresiva aplicada, megabrain, gimnasia cerebral.

*Métodos de movimiento y manipulación basados en el cuerpo:

Hacen énfasis en la manipulación o el movimiento de una o más partes del cuerpo, como lo son la yoga, tai-chi, qui-gong, wu-shu, quiropráctica, osteopatía, rolfing, masoterapia, kinesiología aplicada, feldenkrais, modelaje Aston, terapia cráneo-sacra, terapia Heller, enfoque trager, bioterapia Bonnie Prudden.

*Terapias químico biológicas.

Utilizan sustancias que se encuentran en la naturaleza (vegetales, animales y minerales):

Fitoterapia, aromaterapia, microdosis, quelación, terapia celular, terapia enzimática, terapia del colon, proloterapia, apiterapia, medicina ortomolecular, oxigenoterapia, ozonoterapia, terapia reconstructiva, flores de Bach, autohemoterapia, orinoterapia, talasoterapia, odontología biológica, termaloterapia, medicina ambiental.

*Terapias sobre la base de la energía o campos de energía.

Tanto de biocampos, como electrónicas, eléctricas y electromagnéticas:

Bioresonancia, medicina energética, magnetoterapia, ionoterapia, terapia polar, radiónica y radiestesia, sonoterapia, cromoterapia, fototerapia, terapia neutral, bioenergética, sinstergética, cristaloterapia, medicina cuántica, medicina psiónica, moismo, medicina holográfica, gemología floral y foliar, alineación de chakras, reiki.

*Estimulación de acupuntos.

Es decir, los puntos energéticos y neuroquímicos que se reconocen en el cuerpo humano:

Acupuntura, auricoloterapia, riodoraku, reflexología, shiatzu, tui-ná.

Como se observa los métodos de curación alterna aparecen como un camino secundario en términos de sanación que no solo se centran en la ingesta de

medicamentos sino que muestran un camino más integral y orgánico para afrontar cierto tipo de males que afectan al organismo y mente humano.

Estos tipos de métodos de sanación se caracterizan por mantener un contacto más íntimo y prolongado con el paciente, lo que le permite una mayor ventaja a la hora de conocer sus problemas físicos y mentales, en contraparte con las sesiones de la medicina occidental en los centros médicos que brindan consultad limitadas y breves con poco interés por escuchar las situaciones personales en las que se encuentra el paciente. Y para muestra basta con observar el tiempo de consulta y las características que se brindan en los centros médicos de las instituciones de gobierno en la república mexicana.

La medicina alterna a su vez es capaz de ofrecer una serie de tratamientos que no están disponibles en la medicina convencional y considera al individuo como un ente global que debe ser tratado en su totalidad pues la visión de enfermedad bajo este esquema es la pérdida del equilibrio general del organismo. Por tanto para que exista curación y se elimine la enfermedad se debe equilibrar el ser. Un cuerpo equilibrado suele tener menos afectaciones por lo que la medicina alternativa también funciona como método preventivo.

La disposición mental es contemplada como de vital importancia se ha comprobado que los enfermos de cáncer que reciben tratamiento de índole psicológico mejoran su disposición con respecto a esta enfermedad y en muchos casos, la superan con éxito. También se ha notado que los síntomas del dolor son menores que cuando solamente se tratan con fármacos o tratamientos oficiales.

4.2 Alimentación.

“Tú eres lo que comes”

El “eres lo que comes” tiene un trasfondo biológico, psicosocial e histórico (Adame Cerón M. A., 2013)

La alimentación al estar condicionada a la realidad biológica y psicosocial convierte al “Tu eres lo que comes” en un: comes *lo que eres*.

El acto de comer es una actividad esencial para sobrevivir, por lo tanto la comida es un medio de subsistencia, una forma de comportarse y de actuar y más allá de eso es una forma de lenguaje. La mera satisfacción del hambre no es más un simple instinto, es una concepción antropocósmica, el lenguaje está en la relación con la naturaleza y entre los mismos seres humanos.

El comer involucra lazos sociales, la comida es un elemento esencial en toda relación social de intercambio que muchas veces se concretan a través de los alimentos. Brindar y obtener alimentos es una forma de mantener y promover la sociabilidad de las personas, comemos historias, tradiciones, recuerdos.

Los ancestros mexicanos lograron trascender a un sistema culinario de alto nivel, su cosmovisión les proporcionaba rasgos que los hacían ser equilibrados en materia de alimentación, es decir integraban funciones sanitarias, utilitarias, religiosas, artísticas y estéticas. Y no solo eso, también eran grandes conocedores de una amplia gama de ingredientes que les brindaban combinaciones y técnicas adelantadas para sus tiempos en las que destacaban las técnicas de conocimiento, preparación, combinación, uso de condimentos, grados correctos de propiedades nutritivas y energéticas, así como maneras adecuadas de servir e ingerir alimentos.

La alimentación indígena ha sido un importante factor de identidad y ha forjado un elemento a partir del cual los gobiernos han diseñado políticas para las comunidades desde la época colonial a la actualidad. (Vila, 2013) La relación que se da entre alimentación e identidad y sus implicaciones en la salud se ve

claramente reflejado en la alimentación, ya que se puede entender como marcador cultural en la medida que sugiere pertenencia a un determinado grupo y es bastante común usada por las personas como una forma de identificarse con sus similares con los que tienen contacto.

4.2.1 Terapias nutricionales- alimenticias.

a) Dietas completas:

Alimentación integral. Consumo de alimentos en su estado integral y natural, preferentemente frutas, legumbres, granos y semillas. Un requisito suplementario ideal es que estén cultivados orgánicamente.

b) Alimentación orgánica.

Es aquella que está basada en alimentos cultivados sin abonos, pesticidas e insecticidas químicos, usa sólo abonos naturales.

c) Sistema Bircher-Banner.

Sistema dietético centrado en alimentos crudos, en especial de hojas verdes, complementado con granos integrales y productos lactovegetarianos, también con hierbas aromáticas y medicinales, sal biológica y miel.

d) Crudivorismo.

Sistema dietético desintoxicador y alcalino, compuesto exclusivamente de alimentos crudos, incluidos los frescos, los secos, el yogurth, la miel y también el pan integral; se acentúa la importancia que sea razonablemente equilibrada.

e) La dieta Hay.

Dieta que se preocupa de realizar una combinación sensata de alimentos y de llegar a una comprensión de equilibrio entre alimentos productores de ácidos y de alcalinos (20% y 80% respectivamente)

f) Higiene natural.

Sistema naturista para promover la salud mediante la higiene o purificación corporal atendiendo a las leyes y sensaciones fisiológicas en las que se basan sus reglas de alimentación.

g).- Macrobiótica.

Modo de vida y alimentación que tiene en cuenta la evolución biológica, la relación con el medio ambiente y las necesidades individuales. Dieta general con fines preventivos y de longevidad y con variantes curativas, fundada en principios filosóficos y ecológicos de las culturas tradicionales, en particular las orientales (China y Japón) en combinación con criterios modernos. Basada en la clasificación energética yin-yang de los alimentos y enfermedades. Centrada en el consumo de cereales integrales, semillas, leguminosas y verduras terrestres y marinas. Más que una dieta específica es una concepción dietética y un estilo de vida.

h) Dietas tradicionales regionales y/o nacionales:

Dietas generalmente integrales y orgánicas, basadas en las concepciones ideológicas y ecológicas del mundo de las diferentes culturas arcaicas y antiguas de las diferentes partes del mundo: por ejemplo las prehispánicas de Mesoamérica, dietas tradicionales chinas, hindús, egipcias, mongólicas, africanas, etc. Por lo general en estas dietas predomina la adaptación climática y las experiencias milenarias de muchas generaciones sobre las combinaciones, las cantidades y los momentos estacionales cotidianos de consumo.

I) Vegetarianismo.

Hay tipos de sistemas antiguos y modernos. En los modernos se procuran dietas de nutrición equilibrada a base de alimentos integrales provenientes del reino vegetal, por lo general se recomienda tomar ensaladas crudas, frutas de estación y secas, semillas, granos, leguminosas y sopa de verduras.

J) Terapias herbolarias o fitoterapias:

Utilización de los diferentes órganos de las plantas con fines terapéuticos.

4.3 Casos prácticos

4.3.1 Open the pills (abrir las pastillas)

Open the pills es un paradigma de una protesta contra patrones establecidos, una historia importante, ya que narra cómo mediante la organización, partiendo de manera individual hacia lo colectivo, la información y el intercambio de conocimiento. Pueden ocupar al descontento como fosforo que encienda las llamas del cambio y no sólo critique o actúe de manera irrelevante sino que por el contrario genere cambios y logre modificar positivamente el aparato de legitimación.

La historia en breve trata de un grupo de gente diagnosticada con SIDA que están en descontento por los tratamientos en un inicio brindados y que se juntan para formar una colisión con la que dan una muestra epistemológica de cómo generar una especie de micropolítica.

Ellos habían sido sometidos al único tratamiento de la época conocido como “AZT” (Zidovudina/ Azidotimina) que fue el primer medicamento antirretroviral aprobado en 1987 para personas infectadas con VIH, el cual estaba siendo ineficaz y sus efectos secundarios eran terroríficos.

Estas personas diagnosticadas rechazan en principio la posición de enfermos, se oponen al sometimiento de una prueba pseudocientífica, la cual proponía que la mitad de un grupo tomara la pastilla de AZT mientras que la otra solo tomaría un placebo, por lo cual si dicha prueba resultaba positiva la mitad de la población de la prueba moriría, por ello se niegan a ser usados como conejillos de indias y niegan la supuesta verdad científica, ellos lo que demandaban era la supervivencia del máximo número de personas.

Reclaman principalmente entre otras cosas: Intervenir en la producción de conocimiento científico y en los ensayos clínicos así como ser considerados como usuarios del sistema de salud.

Ellos critican la representación que se les ha dado en los medios de comunicación y la industria farmacéutica, destacando su descontento con la forma en la que se gestionan las patentes.

Lo que lograron con su movimiento fue el que algunos laboratorios cedieran a generar medicamentos genéricos, contribuyeron a algo que llamaron “medication for all nations” con lo que proponían que todo el mundo tuviera acceso a medicina y conocimiento a costos justos, que se ocupara medicina alterna y se incorporara al proceso de tratamiento de los pacientes así como el generar un tráfico de medicamentos con patentes.

Parece interesante este caso porque estas personas sin tomar las calles y sin generar disturbios públicos de ningún tipo, solamente mediante la organización y desde su propia trinchera, sin buscar ayuda externa sino ellos mismos investigando, lograron hacer llegar su mensaje y lograr su cometido: “abramos las píldoras colectivamente” y con ello consiguen hacer una modificación del aparato legitimador y proponen otra forma de hacer las cosas, redefiniendo el ámbito de la salud.

Ellos al ver que lo que se estaba generando en el momento no cubría sus expectativas ni resolvía sus problemas, se organizan y montan un conjunto de pequeños laboratorios para abrir las píldoras para ver que le estaban dando y los efectos contraproducentes que estas píldoras generaban.

Estas personas surgen como una línea interesante e inteligente de resistencia, dejaron la pasividad y expresaron sus demandas. Esta historia es una metáfora de las prácticas en el neoliberalismo y en el sector farmacéutico, necesitamos abrir colectivamente las píldoras para saber que nos están dando y que implica el tomar lo que se está comercializando en el mundo de la farmacéutica.

El ver que es lo que el neoliberalismo nos está dando supone procesos de transmisión e intercambio de conocimiento colectivo.

4.3.2 Amanda Baggs.

Amanda Baggs aparece como un gran ejemplo de esperanza activa, ella es activista autista americana. Y es una chica que muestra en sus videos de YouTube que no por no ser legitimado bajo un esquema actual impuesto por el sistema, esto no la haga un ser humano. Y que tiene capacidades para comunicarse pero obviamente a su modo, cosas que la medicina convencional no permite reconocer.

Es importante mencionar que para el modo de intercambio tecnológico y cognitivo, característico del mundo capitalista actual, la condición de autista aparece como la antítesis del hombre productor y consumidor que requiere, por lo cual aísla del modelo a personas con este tipo de condiciones y las recluye bajo la etiqueta de autistas, pero no solo las recluye sino además las considera como personas irreales, enfermas que deben de tener tratamiento que no los “curaran” pero que los tendrán pasivos o los condicionara a estar concentradas en centros especiales.

La discusión en cuanto al autismo ya se presentó brevemente en un capítulo anterior, lo importante que surge aquí es la contribución tan importante que realiza Amanda

Ella Nace en california en 1980 y es diagnosticada como autista de funcionalidad baja, por lo que desde pequeña tuvo que acudir a la toma de fármacos, instituciones de reclusión e industrias de la discapacidad.

Ella surge como una figura del movimiento por la neurodiversidad que incluye personas con síndrome de Down, personas sordas y muchas personas con capacidades distintas.

En 2007 es parte de un video que se sube a YouTube, ayudándose de una maquina semiótica para poder comunicarse, llamado “In my language” el cual genera un revuelo en las audiencias y en particular en la industria de la discapacidad y la farmacéutica, puesto que en el video narra la forma en la que vive un autista, vive en su mundo pero eso no significa que valga menos o que no sea considerada como

persona real y que el problema no es que no pueda comunicarse, en realidad puede comunicarse pero el lenguaje establecido es estático y lo que ella expresa en su lenguaje por tanto parece incomprensible. El mensaje que da es que en realidad, el autista si puede comunicar, los que no tenemos la capacidad de entender somos los no denominados autistas. Y textualmente lo refiere de una manera contundente:

“Sobre la existencia y el valor de muchos tipos diferentes de pensamiento e interacción en un mundo donde el nivel de parecido a uno de ellos determina si eres visto como una persona real, o un adulto o una persona inteligente y en un mundo en el cual esto determina si tienes algún derecho. Hay gente que es torturada, gente muriendo por ser considerados no-personas, porque su modo de pensar es demasiado inusual como para ser considerado pensamiento” (Baggs, 2007)

Lo interesante del video y de Amanda como tal, es que aparece como un gran ejemplo de generar otras formas de acción y activismo político que no tienen por qué regirse por las lógicas disciplinarias de siglos pasados, en el que la manifestación y la protesta en grupo son el aparato que muestra desaprobación, descontento y que pide legitimación.

Ella desde su trinchera demanda que su percepción como cuerpo vivo sea respetada aunque no coincida con los patrones habituales establecidos por el aparato legitimador y que se reconozca como persona verdadera y sana.

No busca dismantelar nada, es contundente incluso como estandarte y ejemplo de otros movimientos y causas, ella solo levanto la mano con los recursos que tenía disponibles para decir “no soy lo que el mundo me ha impuesto” y pide se respete su condición y no se le explote, discrimine, ni obligue a encajar en un mundo rígido de pensamiento.

4.3.3 Comunidad Chatina y sus formas de sanar.

La comunidad Chatina se encuentra ubicada en Santos Reyes Nopala, Juquila, Oaxaca y los problemas de salud que aquí se derivan son asistidos tanto por métodos tradicionales como por la medicina hegemónica.

La medicina tradicional son el conjunto de saberes mágico-religiosos que llevan a la práctica los médicos tradicionales para combatir los síndromes de filiación cultural y otras enfermedades. Desde la perspectiva médico tradicional, la causa de la salud-enfermedad se atribuye a factores naturales, deidades o estados de ánimo.

Las dificultades y padecimientos tradicionales son consultados y solucionados por médicos practicantes de la medicina tradicional Chatina a partir de su propia cosmovisión del mundo, utilizando técnicas eficaces y milenarias en el tratamiento de sus pacientes, entre los que destacan: el mal de ojo, principios de cáncer, esterilidad, el susto, la brujería, problemas de próstata, enfermedades respiratorias, el empacho, el latido, problemas menstruales, la lechadura, la tristeza, úlceras de posparto, hemorragias, el mal aire, presión alta, diabetes, gastritis, infecciones renales, tuberculosis, parálisis facial, embolia, reumas, desgarres y picaduras de insectos y serpientes (Casas, 2006)

Las causas de muerte más frecuentes entre la población según Irene Mijangos antropóloga de la UNAM son por diabetes y espanto.

El médico tradicional chatino brinda confianza y buenas atenciones a sus pacientes, para que este le confiese sus dolencias o males y con base en ello le pueda ofrecer un tratamiento o solución. El proceso de curación tiene un ritual con diversos significados, los cuales han prevalecido desde el México prehispánico antiguo

Para la comunidad Chatina, una forma de entender el proceso de la enfermedad es utilizando simbolismos culturales, por ejemplo en el caso de la *envidia* o *mal de ojo* no se encuentra cura en el modelo médico occidental, por ende es un padecimiento que tiene que ser asistido por medicinas las cuales su cosmovisión les permita solucionar.

La medicina tradicional por ende es eficaz, ya que ha logrado solucionar los padecimientos tradicionales y otros no tradicionales de su población basándose en representaciones y practicas terapéuticas funcionales.

Lo relevante de conocer la forma en la que afrontan sus males tradicionales desde la misma cosmovisión médica tradicional Chatina, permite entender, desde una perspectiva ética, otras formas de supervivencia étnica médica que asisten actualmente el proceso salud-enfermedad-atención. Por tanto aparece como una medicina digna de respeto que merece no ser violentada, muestra que hay otros caminos para solucionar enfermedades, distintos de los convencionales, y que puede aportar incluso a la medicina convencional la virtud de comprender el cuerpo humano desde otras culturas.

4.4 Conclusiones:

La vía para enfrentar a un sistema que se beneficia de la enfermedad y por tanto la fomenta es disolviendo su necesidad y la forma de hacerlo es personal, sustituyendo sustantivos y recuperando verbos. La medicina alternativa, el intercambio de conocimiento, la modificación de hábitos insanos y la alimentación saludable surgen como mecanismos para lograrlo.

Es importante conocer los alimentos que están en nuestra dieta día con día, pues la mayoría de ellos van más allá de lo que parecen y son ellos lo que en realidad parecen estarnos comiendo. El modelo de consumismo desafortunadamente también se presenta en los alimentos y es víctima de la mercadotecnia.

El cambio favorable en la alimentación forma parte del ideal de vida que queremos tener. Hay que afrontar la responsabilidad en función de lo que se come y por qué se come.

En las zonas del país en las que predomina la alimentación tradicional y el consumo de: amaranto, maíz, frijol, chile, jitomate, calabaza, lenteja, etc. El aporte nutricional es notablemente mayor que el de los alimentos de las zonas urbanas y su población manifiesta una mayor resistencia a la fatiga y a las enfermedades. Desafortunadamente estos valores culturales que la comida tradicional genera, también están siendo perdidos.

Por último, la medicina alternativa junto con la medicina tradicional puede complementar y en algunos casos sustituir a la medicina occidental. Los tratamientos que presenta son más personales y naturales para el organismo. De este tipo de prácticas se puede aprender a conocer otras cosmovisiones, conceptos relacionados a la salud y la enfermedad para romper barreras de lenguaje y negación además de ser alternativas para el sistema hegemónico que muchas veces no presenta soluciones y en algunos casos empeoran las condiciones.

Reflexiones finales

Durante este recorrido se buscó dar cuenta de las complejidades en las que se integran las enfermedades con relación a las estrategias de máxima ganancia.

La mercantilización de la vida a partir de la salud es una consecuencia del aparato farmacológico actual. En donde El *homo medicadus* es el hombre del siglo XXI.

En una sociedad en la que todo es un artículo de uso y consumo espontáneo, el hombre no podía quedarse atrás, y en esa búsqueda obsesionada por no dejar de ser entes productivos, la salud “perfecta” es condición necesaria.

El miedo a la enfermedad está en el aire y a los laboratorios les encanta que lo respiremos pues de ello se basan para seguir promoviendo enfermedades y así poder vender el tratamiento correspondiente. Los parámetros para determinar si una condición es mala o buena están en función de la industria farmacéutica que da los recursos para crear congresos y comités médicos que avalen dichos parámetros “científicamente”.

Lo que buscan este tipo de empresas y bajo la lógica capitalista es el generar mercados, basándose de trampas y modelos ficticios para colocar sus productos, lo cual hasta cierto punto les resulta sencillo pues tienen al factor miedo de su lado.

El fármaco es para la práctica médica el modo predominante de acción terapéutica. Desde el posicionamiento del modelo alópata sobre la medicina tradicional, los seres vivos se han convertido en fuente de reacciones adversas no deseables debido al consumo muchas veces de manera innecesaria de fármacos químicos.

El imperio farmacéutico ha redefinido los conceptos de salud y enfermedad y hace uso de los medios de comunicación para bombardear “información” sobre tratamientos y enfermedades contemporáneos. De tal forma que en los consumidores también llamados pacientes sean perturbados y respondan a la idea de que entre mayor sea la oferta de medicamentos mayor sean los problemas que parecen padecer.

Los medios de comunicación aparecen como pieza clave para el proceso de valorización del capital invertido de dos formas, la primera mediante la promoción y propagación de fármacos y enfermedades y la segunda como aparato legitimador que enfatiza y dictamina lo que la sociedad tiene o no que hacer para entrar en lo que él ha establecido como estado óptimo de salud y a través del cual la población le es funcional para que el modelo se siga desarrollando.

En el pasado dicho aparato legitimador estaba solo en manos de la clínica que dictaminaba lo que era funcional y correcto para el sistema, pero con el desarrollo del capitalismo y el paso al neoliberalismo dicha batuta fue tomada por la publicidad y los medios de comunicación, por lo que una de las conclusiones de esta tesis es que la clínica como aparato que legitima a muerto y su función ha pasado a manos de los grandes medios de comunicación, las empresas transnacionales y como consecuencia al mercado.

En los últimos años el éxito de la industria farmacéutica se ha debido a la capacidad de diferenciación de productos que ha logrado ofrecer más que a la propia creación de innovaciones y por si fuera poco también presiona a los sistemas de salud tanto pública como privada para la compra de sus productos.

Los medios masivos que proporcionan la información de los cuales se ha ayudado la industria farmacéutica para mercantilizar la salud, ha puesto al consumidor en un estado parecido al de la devoción religiosa el cual pone al individuo a acatar y consumir la píldora o tratamiento recetado sin cuestionar y sin analizar otras alternativas.

Muchas enfermedades que se padecen en el país podrían ser mitigadas y erradicadas a través del cambio de hábitos de consumo, mejora en los servicios públicos y cambios en la técnica que utiliza el modelo económico actual para producir sus bienes.

Las razones antes mencionadas por tanto llevan a confirmar que la salud ha sido mercantilizada por la industria farmacéutica hegemónica y dicha mercantilización en gran parte responde a la incorporación de los medios de comunicación al proceso.

Las firmas farmacéuticas más importantes del mundo presentan una rentabilidad sumamente elevada debido a varios factores, destacando el aprovechamiento que hace de la medicina hegemónica e institucionalizada que ha fomentado una sociedad incapaz de auto-asistirse y restablecer su equilibrio natural.

En el marco de una sociedad en la cual la enfermedad está directamente relacionada con una limitación para el trabajo, se logra por tanto llegar a la búsqueda de alivios rápidos, se ha caído en la simplicidad de dormir los síntomas más que restablecer la función biológica. En donde la conducta relacionada con la enfermedad forma parte del círculo de consumo de productos fármaco-industriales lo que ha llevado a desplazar el uso de tratamientos tradicionales y ancestrales.

El aparato de medicina occidental ha encadenado al ser humano, disminuyendo la responsabilidad de su propia salud y dejándolo poco capaz de conocer el funcionamiento natural de su organismo y por otro lado ha exagerado el miedo al dolor y al sufrimiento los cuales ha colocado como “males” impermisibles para el ser humano.

En torno a lo anterior mencionado, los desafíos son múltiples, en primera instancia se debería empezar hablar sobre una autonomía del conocimiento en materia médica para que los médicos y científicos puedan incorporarse y enfrentar al aparato hegemónico farmacológico de manera crítica y objetiva, no podemos seguir teniendo “expertos” en salud que sigan la misma línea de una formación brindada por las propias instituciones farmacéuticas.

Se debe buscar el rescatar lo sustantivo de la economía como enfatiza el doctor Antonio Mendoza, tomar en cuenta la etimología del concepto, hay que ocuparse de las necesidades de las personas en función de los espacios que habita y que sean éstas consideradas de forma sostenible y autosuficiente en la mayor medida posible. Abordar y cuidar las diferentes casas y satisfacer las necesidades materiales de la vida social, de la salud, del cuerpo, del hogar, del aprendizaje, del medio ambiente, de los espacios públicos, de la civilización y del planeta en general desde una racionalidad solidaria, en resumen: integrar la solidaridad en las diversas

fases de la actividad económica para tener una sociedad que no busque simplemente el fin de acumulación monetario sino el del bienestar y plenitud humana. En palabras de Bob Marley, el dinero es simplemente un número y los números son infinitos, nunca terminan, si como sociedad seguimos tomando el dinero como felicidad y éxito, estaremos eligiendo una felicidad inalcanzable, pues el alcanzarla tiende a infinito.

El concepto de salud por su parte necesita ser rescatado porque ha sido modificado a conveniencia históricamente por los entes legitimadores del momento, bajo el neoliberalismo implica ser estéticamente correcto y ajeno al dolor, tomar multivitamínicos y medicinas preventivas de padecimientos comunes, tener pieles perfectas, acatar órdenes escolares y sociales, conducirse personalmente bajo buenos comportamientos, en síntesis ser saludable en el capitalismo se traduce en ser funcional para el mercado y el engranaje que lo compone. Sin embargo el concepto va más lejos, desde una perspectiva personal la salud no es solo la ausencia de enfermedad como lo dictan los organismos internacionales, la salud va más allá, tiene un carácter de naturaleza subjetivo, de un abordaje de la vida de manera plena, permitiendo un desempeño biológico correcto que brinde opciones de disfrute, esparcimiento, felicidad, deporte, trabajo, etc. de manera integral.

En materia de medios de comunicación es innegable la incorporación y la importancia que tienen en la vida diaria, por eso debería buscarse generar contenidos saludables que rompan el modelo médico hegemónico, es decir: mediante sentido crítico, desentrañando conceptos, revelando de dónde vienen, cuáles son sus intereses y a quienes benefician. Construir una comunicación saludable es una responsabilidad que debe plantearse como sociedad.

Analizar los problemas desde la perspectiva de género ayudará a entender mejor los condicionantes sociales e incluso biológicas de la salud, pero se tendrá que enfrentar a los estereotipos de género enraizados en la construcción de la propia identidad como mujeres o hombres. Va a requerir de mucha voluntad, lucha por la información honesta y una nueva metodología de trabajo para la investigación que

conducirá al cambio de actitudes necesario. La ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la medicalización de los cuerpos.

Por su parte los métodos de sanación ancestrales que dominaron al mundo tenían una concepción en torno al miedo, dolor y muerte sustentado en conocimientos muy particulares del funcionamiento nato de la anatomía humana. Lo cual les proporcionaba un goce y estilos de vida sin prejuicios establecidos y una resignación a la muerte, a los males y enfermedades que lo llevaban a dicho fin.

La mercantilización de la vida tiene sus cimientos por tanto en el sistema de producción capitalista, la administración y los entes gobernantes, la apropiación de los aparatos mediáticos y la rapacidad de la iniciativa privada en la búsqueda y fomento de una sociedad enferma que fomente, propague y aumente el consumo con el fin de que el aparato industrial farmacéutico y los beneficiados por la sociedad de consumo sigan manteniendo elevadas tasas de ganancia a costa de la vida y salud de los individuos.

Bibliografía

1. Achilladelis, B, Antonakis, N., (2001), The dynamics of technological innovation: the case of the pharmaceutical industry, *Research Policy*, 30, 535–588 pp.
2. Adame Cerón, M. A. (2013). Hacia una antropohistoria sociocultural de la alimentación. En S. A. Palacios, *Alimentación en México, ensayos de antropología e historia* (pág. 242). México: Navarra.
3. Adame Cerón, M. Á. (2013). Propuesta de clasificación de los sistemas y recursos médicos alternativos-subalternos. En *Ecosalud y Antropología de las Medicinas alternativas y tradicionales, tomo II*. Mexico D.F: Navarra.
4. Angell M., *The Truth about the Drug Companies*, The New York Review of Books 2004, 51(12).
5. Bain, J., (1956), *Barriers to new competition, their character and consequences in manufacturing industries*, Cambridge: Harvard University Press.
6. Borisonik, H. G., (2008), *Aristóteles y los usos del dinero*, Argentina: Universidad de Belgrano, Argentina.
7. Carrillo, M. L., La medicalización de la vida y la salud de las mujeres, *Revista MyS, Catalunya*.
8. Casas, X. I. (2006). *La medicina tradicional, los síndromes de filiación cultural: susto, mal de ojo, mal de aire; la brujería y la cosmovisión del cuerpo chatino en Santos Reyes, Juquila, Oaxaca*. México: ENAH.
9. Conill, J., (1995), *¿Economía o crematística?*, España: Universidad de Valencia.
10. Correa, C.M., Industria farmacéutica y biotecnología: oportunidades y desafíos para los países en desarrollo, *Comercio Exterior*, Vol. 42, Núm. 11, México, Noviembre de 1992, pp. 1009-1018.
11. Culyer, A. J. (2000). *Handbook of Health Economics*. North-Holland.
12. Deleule, D., Guery, F., (1975), *El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
13. Español, S. E., (2011), *Drogando a nuestros niños*, [Spot del CCHR Int [Video]].
14. Faulkner, D. F., *Comisión investigadora de la Industria Farmacéutica del subcomité sobre monopolio del congreso de los Estados Unidos*. Citado por: Motta Cruz, Cristina, *Prescripción y consumo de medicamentos*. Venezuela: Universidad Centro Occidental, 2010.

15. Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica*. Siglo veintiuno.
16. González G., *Remedios políticos para medicamentos*, Argentina: Ediciones ISALUD, 1994.
17. Henriques R.D., La salud del hombre como un problema social, *Academia*, Boletín Especial (1-2):49, Colegio de Ciencias Sociales. 2001.
18. Ilich, I. (1978). *Nemesis Medica*. México: Joaquín Mortiz.
19. IMSS, (2015), *Directorio de prestaciones médicas: cuadro básico de medicamentos*, México: IMSS.
20. Katzung, B. (2013). *Farmacología básica y clínica*. Mc Graw-hill
21. La propiedad intelectual, las transnacionales y el problema de los medicamentos, *Revista Cubana de Farmacia*, núm. 2, vol. 45, abr.- jun. 2011.
22. Larry Minear, Balancing Politics, Ethics in Foreign Policy, *San Francisco Chronicle*, Feb. 1, 1989.
23. Laurin, G., Jouglard, E., & Lucagnoli, G. R. (2012). "Cuando los grandes se hacen gigantes". *IRS*
24. López Carrillo, Margarita, (2002), *Lo que deberían saber las donantes de óvulos y nadie les cuenta*, Dossier: M y S, núm. 9.
25. Mendoza A. La economía social y solidaria: como un desafío epistémico – práctico en la construcción de alternativas al desarrollo. Artículo por publicar
26. Melé, D., Las cinco mayores compañías farmacéuticas: imagen corporativa y críticas en responsabilidad social, IESE Business School, Universidad de Navarra, *Occasional Paper*, OP núm. 06/5, Marzo, 2006.
27. Meyler, L., (1972), *Side Effects of Drugs*, Baltimore: Williams & Wilkins.
28. Moya, M. J. (2004). *España reconoce oficialmente la sensibilidad química múltiple, la enfermedad de las "personas burbuja*, Nota de prensa oficial: España.
29. New Drug Approvals in 2010 (Washington, D.C.: *Pharmaceutical Manufacturers Association*, 2010).
30. Palmaz, C. R., (1987), *El momento prescriptivo: Complicidad entre la industria farmacéutica y la práctica médica*, México.
31. Pecoul, Bernard; Chirac, Pierre, Trouiller, Patrice; Pinel, Jacques. Access to Essential Drugs in Poor Countries, *Journal of American Medical Association*, Vol. 281, No.4.:36-367.
32. Preciado, B. (7 de abril de 2013). La muerte de la clínica. Madrid, España.

33. Polanyi, K. La economía como actividad institucionalizada. En Los límites del mercado. Reflexiones sobre economía, antropología y democracia (pp. 187-22). Madrid: Capitán Swing.
34. Rawlings, M. D., *En favor de la sustitución genérica*, Foro Mundial de la Salud, Núm. 5, Vol. 376, 1984.
35. Silverman, M., Lydecker, M., Lee, P.R., (2012), *Bad Medicine: the prescription drug industry in the Third World*, Stanford, Cal.: Stanford University Press.
36. Stiglitz, J.E. *La nueva geoeconomía*, El País, Octubre, 2015.
37. Tobar, F. (Coord.), Sánchez, D., (2010), El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR, Uruguay, CIESU.
38. UNAM, Facultad de Medicina: Plan de estudio 2015. Consultado: Septiembre del 2015.
39. Vacca González CP, Fitzgerald JF, Bermúdez JAZ. Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. *Revista Panamericana de la Salud Publica*. 2006;20(5):314–23.
40. World Bank, World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty, *Oxford University Press*, New York, 7, 2001, 286 p.

Referencias electrónicas

41. Angosto, P.L., El negocio de los laboratorios farmacéuticos, crimen contra la humanidad, *Rebelión, Nueva Tribuna*, España, (2015). Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: <http://www.rebelion.org/noticias/2015/3/197032.pdf>
42. Baggs, A. (2007). *You tube*. Retrieved 04 4, 2016, from <https://youtu.be/ysdPfRHE7zw>
43. Carrillo, M. (2012). *vitoria-gasteiz*. Obtenido de <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/44/75/44475.pdf>
44. *CCM*. (mayo de 2016). Recuperado el 10 de Junio de 2016, de salud.ccm.net
45. *Definición Medicamento*, Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de: <http://www.farmaceuticonline.com/es/el-medicamento/630-medicamento-ique-es>
46. De Prada, C., *La sensibilidad química múltiple*, Consultado: Enero, 2015. Recuperado de: <https://carlosdeprada.wordpress.com/toxicos-y-salud/enfermedades-y-toxicos/la-sensibilidad-quimica-multiple-multiple-chemical-sensitivity/>
47. Diccionario de la Lengua Española, Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: <http://dle.rae.es/>
48. Echeverría, F. C., (2014), Las muertes desconocidas detrás de las farmacéuticas, *Diario U Chile*. Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2014/11/08/las-muertes-desconocidas-detras-de-las-farmaceuticas>

49. *El cancerígeno caramelo*, Consultado: Noviembre, 2015, Recuperado de: http://www.espaciodepurativo.com.ar/dicen_medios/caramelo_cancerigeno.php

50. El proceso de producción del capital, Sección 2a. (La transformación de dinero en capital), Capítulo IV Transformación de dinero en capital. Consultado: Diciembre, 2015. Recuperado de: http://www.caesasociacion.org/area_pensamiento/lectura_de_marx/transformacion_dinero_en_capital.pdf

51. FADSP, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, *Reflexiones y propuestas sobre la política farmacéutica*, (2015). Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: <http://old.sinpermiso.info/articulos/ficheros/14IndFarmac.pdf>

52. GEM, *Según la Organización Mundial de la Salud OMS*, Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: <http://ocoyoacac.edomex.gob.mx/salud>

53. Hernández, A., (2011), Expoknews. Receta México medicamentos prohibidos, Consultado: Marzo, 2011. Recuperado de: <http://www.expoknews.com/receta>

54. HIRU. Consulta: Agosto, 2015. Recuperado de: http://www.hiru.com/habitos_saludables/como-actuan-los-medicamentos.

55. Jara, Miguel, (2009), *Las redes que intentan manipular a médicos y pacientes II*, Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de: <http://www.migueljara.com/2009/01/31/las-redes-que-intentan-manipular-a-medicos-y-pacientes-ii/>

56. Kidshealth, (2013), Consulta: Agosto, 2015. Recuperado de:
http://kidshealth.org/teen/en_espanol/drogas/meds-esp.html#
57. *La Industria Farmacéutica*, Consulta: Enero, 2016. Recuperado de:
<http://www.somosbacteriasyvirus.com/industria.pdf>
58. La otra historia de los esteroides, *El tiempo*, (1994). Consulta: Agosto, 2015.
Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-262489>
59. Llobet, C. V. (2015). La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización, Sumario MyS 15, Dossier. Consulta: Noviembre, 2015. Recuperado de:
http://mys.matriz.net/mys15/15_24.htm
60. Machado, C., La mafia farmacéutica. Peor el remedio que la enfermedad,
Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: http://www.ecoportal.net/Temas-Especiales/Salud/La_mafia_farmaceutica_Peor_el_remedio_que_la_enfermedad
61. Milla, (2009), *Mis 20 años en Scientology, Un mundo mejor*. Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de: <https://clearsantodomingo.wordpress.com/tag/ritalin/>
62. *Monsanto*. (2002). Obtenido de <http://www.monsanto.com/global/es/noticias-y-opiniones/pages/aspartame-nutrasweet.aspx>.
63. Morell Sixtoa, C. Martínez González, y J.L. Quintana Gómez, Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades *Scielo*, julio, 2009. Consulta: Octubre, 2015. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400011&script=sci_arttext.
64. OHCHR, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Consultado en: www.ohchr.org › OHCHR › Español › Interés profesional
65. OMS, *Definición Salud*, Consulta: Enero, 2016. Recuperado de:
www.who.int/whr/2003/overview/es/index3.html - 42k

66. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo: Capítulo 1. Salud mundial: retos actuales*, (2003), Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de:
<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>.
67. OMS. (2003). *Who*. Recuperado el Diciembre de 2015, de:
<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>.
68. Ruíz Franco, J.C., (2008), *El lucrativo mito de los niños hiperactivos*, Periódico Diagonal, Salud, Consulta: Diciembre, 2015. Recuperado de:
<https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/lucrativo-mito-ninos-hiperactivos.html>.
69. Sabugo, M., (2014), *La salud es un derecho, no un privilegio*, Consulta: Enero, 2016. Recuperado de: <http://revistacmc.jgcalleja.es/?p=366>
70. Saunders, B., *Actavis CEO Brent Saunders has a vision for Growth*, Consulta: Diciembre, 2015 Recuperado de:

<http://www.institutionalinvestor.com/article/3435335/banking-and-capital-markets-corporations/actavis-ceo-brent-saunders-has-a-vision-for-growth.html#.VrOwQl1wW00> }
71. Vicente, I. P. (2009). *Análisis Económico del Sector Farmacéutico: Efecto de los TRIPS en la difusión de la innovación farmacéutica en los países en vías desarrollo*. Obtenido de:
http://eprints.ucm.es/13393/4/Analisis_Economico_del_Sector_Farmacutico_.pdf

Anexo

Las Cincuenta mayores empresas farmacéuticas a nivel global

Rank	Company headquarters [website]	2013 Rx Sales (USD in mln)	2013 R&D spend (USD in mln)	2013 Top-selling Drugs [USD in mln]
1	Novartis Basel, Switzerland [novartis.com]	\$46,017	\$9,360.3	Gleevec [4,693] Diovan [3,524] Lucentis [2,383]
2	Pfizer New York, New York [pfizer.com]	\$45,011	\$6,254.0	Lyrice [4,595] Prevnar 13 [3,974] Enbrel [3,774]
3	Roche Basel, Switzerland [roche.com]	\$39,143	\$8,293.5	Rituxan [7,503] Avastin [6,751] Herceptin [6,562]
4	Sanofi Paris, France [sanofi.com]	\$37,701	\$6,117.4	Lantus [7,592] Plavix [2,460] Lovenox [2,262]
5	Merck & Co Whitehouse Station, New Jersey [merck.com]	\$37,519	\$7,123.0	Januvia [4,004] Zetia [2,658] Remicade [2,271]
6	GlaxoSmithKline Brentford, England [gsk.com]	\$33,055	\$5,041.0	Seretide/Advair [8,251] Pediarix [1,349] Avodart [1,341]
7	Johnson & Johnson New Brunswick, New Jersey [jnj.com]	\$26,475	\$5,810.0	Remicade [5,334] Zytiga [1,698] Prezista [1,673]
8	AstraZeneca London, England [astrazeneca.com]	\$24,523	\$4,269.0	Crestor [5,622] Nexium [3,872] Symbicort [3,483]
9	Eli Lilly Indianapolis, Indiana [lilly.com]	\$20,119	\$5,316.2	Cymbalta [5,084] Alimta [2,703] Humalog [2,611]
10	AbbVie North Chicago, Illinois [abbvie.com]	\$18,790	\$2,831.0	Humira [10,659] AndroGel [1,035] Kaletra [962]

Rank	Company headquarters [website]	2013 Rx Sales (USD in mln)	2013 R&D spend (USD in mln)	2013 Top-selling Drug [USD in mln]
11	Amgen Thousand Oaks, California [amgen.com]	\$18,192	\$3,941.0	Enbrel [4,551]
12	Teva Pharmaceutical Industries Petach Tikva, Israel [tevapharm.com]	\$17,563	\$1,422.0	Copaxone [4,328]
13	Bayer Leverkusen, Germany [bayer.com]	\$15,594	\$2,710.0	Kogenate [1,597]
14	Novo Nordisk Bagsvaerd, Denmark [novonordisk.com]	\$14,886	\$2,089.9	NovoRapid [3,001]
15	Boehringer Ingelheim Ingelheim, Germany [boehringer-ingelheim.com]	\$14,468	\$3,246.7	Spiriva [4,719]
16	Takeda Osaka, Japan [takeda.com]	\$13,591	\$3,351.6	Biopress [1,256]
17	Bristol-Myers Squibb New York, New York [bms.com]	\$12,306	\$3,715.0	Reyataz [1,551]
18	Gilead Sciences Foster City, California [gilead.com]	\$10,804	\$2,056.4	Atripla [3,648]
19	Astellas Pharma Tokyo, Japan [astellas.com]	\$10,431	\$2,132.3	Prograf [1,755]
20	Daiichi Sankyo Tokyo, Japan [daiichisankyo.com]	\$10,268	\$1,925.9	Benicar [2,116]

Source: Company financial statements, R&D, R&D spend, sales, R&D, R&D spend, and sales figures from the Global Pharmaceutical Industry Report

Rank	Company headquarters [website]	2013 Rx Sales (USD in mln)	2013 R&D spend (USD in mln)	2013 Top-selling Drug [USD in mln]
21	Otsuka Holdings Tokyo, Japan [otsuka.com]	\$8,655	\$2,032.6	Abilify [5,510]
22	Baxter International Deerfield, Illinois [baxter.com]	\$8,265	\$1,070.0	Gammagard Liquid [2,118]
23	Merck KGaA Darmstadt, Germany [merckgroup.com]	\$7,913	\$1,594.0	Rebif [2,477]
24	Actavis Zug, Switzerland [actavis.com]	\$7,206	\$581.1	Methylphenidate ER [610]
25	Mylan Canonsburg, Pennsylvania [mylan.com]	\$6,772	\$456.2	EpiPen [829]
26	Celgene Summit, New Jersey [celgene.com]	\$6,359	\$1,650.4	Revlimid [4,280]
27	Biogen Idec Weston, Massachusetts [biogenidec.com]	\$5,429	\$1,444.1	Avonex [3,005]
28	Allergan Irvine, California [allergan.com]	\$5,398	\$1,034.7	Botox [1,982]
29	Les Laboratoires Servier Neuilly-sur-Seine, France [servier.com]	\$5,058	\$1,264.4	Coversyl [912]
30	Abbott Laboratories Abbott Park, Illinois [abbott.com]	\$4,974	\$239.0	Biaxin [416]

Rank	Company headquarters [website]	2013 Rx Sales (USD in mln)	2013 R&D spend (USD in mln)	2013 Top-selling Drug [USD in mln]
31	CSL Melbourne, Australia [csl.com.au]	\$4,875	\$427.1	Privigen [2,089]
32	Shire Dublin, Ireland [shire.com]	\$4,847	\$890.2	Vyvanse [1,228]
33	Eisai Tokyo, Japan [eisai.com]	\$4,821	\$1,318.0	Aricept [797]
34	Valeant Pharmaceuticals International Mississauga, Ontario [valeant.com]	\$4,196	\$156.8	Solodyn [214]
35	UCB Brussels, Belgium [ucb.com]	\$3,802	\$1,137.1	Keppra [946]
36	Chugai Pharmaceutical Tokyo, Japan [chugai-pharm.co.jp]	\$3,648	\$765.4	Neutrogen/Granocyte [234]
37	Fresenius Bad Homburg, Germany [fresenius-kabi.com]	\$3,604	\$336.1	Heparin Sodium [73]
38	Mitsubishi Tanabe Pharma Osaka, Japan [mt-pharma.co.jp]	\$3,505	\$703.8	H1N1 HA flu vaccine [152]
39	Forest Laboratories New York, New York [frx.com]	\$3,380	\$771.7	Namenda [1,537]
40	Menarini Florence, Italy [menarini.com]	\$3,324	N/A	Lobivon/Nebilet/Nebilox [301]

Rank	Company headquarters [website]	2013 Rx Sales (USD in mln)	2013 R&D spend (USD in mln)	2013 Top-selling Drug [USD in mln]
41	Dainippon Sumitomo Pharma Osaka, Japan [ds-pharma.com]	\$3,286	\$689.1	Lunesta [517]
42	Grifols Barcelona, Spain [grifols.com]	\$3,245	\$163.5	Gamunex IGIV [1,105]
43	Hospira Lake Forest, Illinois [hospira.com]	\$2,759	\$301.7	Precedex [288]
44	Aspen Pharmacare Durban, South Africa [aspenpharma.com]	\$2,710	\$1.6	N/A
45	Lundbeck Copenhagen, Denmark [lundbeck.com]	\$2,431	\$511.6	Ciprallex [1,057]
46	STADA Arzneimittel Bad Vilbel, Germany [stada.de]	\$2,407	\$74.2	Apokyn [58]
47	Kyowa Hakko Kirin Tokyo, Japan [kyowa-kirin-pharma.com]	\$2,334	\$435.7	Nesp [559]
48	Sun Pharmaceutical Industries Mumbai, India [sunpharma.com]	\$2,311	\$175.3	Levulan Kerastick Topical [61]
49	Purdue Pharma Stamford, Connecticut [purduepharma.com]	\$2,217	\$456.1	OxyContin [1,900]
50	Ranbaxy Laboratories Haryana, India [ranbaxy.com]	\$2,199	\$108.0	Atorvastatin [210]

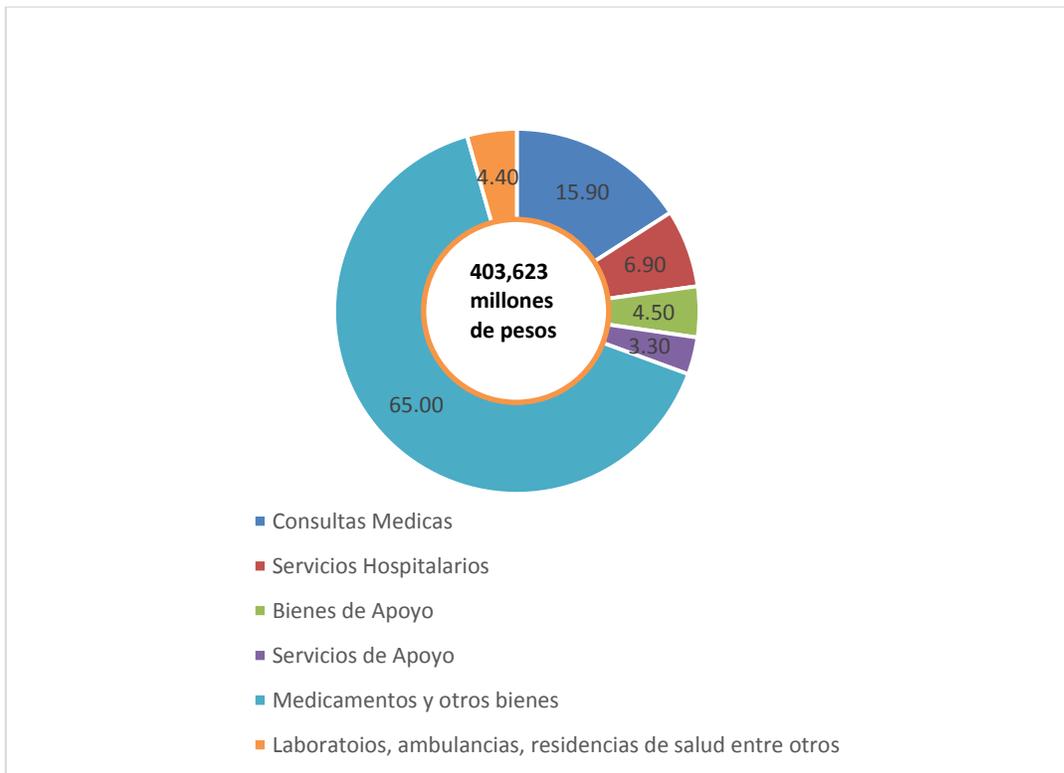
FUENTE: FUENTE: EXTRAÍDO DEL INFORME ANUAL DE “THE PHARMAEXEC 50” (2014)

Balanza comercial de productos farmacéuticos 2009-2015 (miles de dólares)

Año	Exportaciones	Importaciones	Balanza Comercial
2009	1268425	1475977	-207552
2010	1458430	4324540	-2866110
2011	1773910	4540081	-2766171
2012	1873504	4984939	-3111435
2013	1709310	5038340	-3329030
2014	1846634	4938797	-3092163
2015	1958284	3953322	-1995038

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE BANXICO 2016

Distribución del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud 2013



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD. PRELIMINAR. AÑO BASE 2008. MÉXICO. 2016

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA DEMANDA Y OFERTA DE MEDICAMENTOS

PAIS	MÉXICO	BRASIL	ESPAÑA
Población total (2015)	127,017,000	207,848,00	46,122,000
PIB Nominal en millones de dólares*	1 258 544	2 242 854	1 358 687
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	16	14	31
Esperanza de vida al nacer h/m (2015)	74/80	71/79	80/86
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2013)	174/93	197/97	86/40
Índice de desarrollo humano (2015)	0,756	0,755	0,876
Personas con VIH/SIDA (2015)**	180,000	830,000	150,000
Gasto total en salud por habitante en dólares (2014)	1,122	1,318	2,966
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	6.3	8.3	9.0

PAIS	IRLANDA	SINGAPUR	INDIA
Población total (2015)	4,688,000	5,604,000	1,300,000,000
PIB Nominal en millones de dólares*	217 884	295 744	1 870 651
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	35,090	76	5
Esperanza de vida al nacer h/m (2015)	79/83	80/86	67/70
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2013)	82/49	69/38	239/158
Índice de desarrollo humano (2015)	0,916	0,912	0,609
Personas con VIH/SIDA (2015)**	6900 (2009)	3400(2009)	2,100,000
Gasto total en salud por habitante en dólares (2014)	3,801	4,047	267
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	7.8	4.9	4.7

PAIS	ESTADOS UNIDOS
Población total (2015)	321,774,000
PIB Nominal en millones de dólares*	16 799 700
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	53
Esperanza de vida al nacer h/m (2015)	77/82
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2013)	128/76
Índice de desarrollo humano (2015)	0,915
Personas con VIH/SIDA (2015)**	1.200,000 (2009)
Gasto total en salud por habitante en dólares (2014)	9,403
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	17.1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

*DATOS DEL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL

** DATOS TOMADOS DE ONUSIDA

Población registrada por los servicios de salud, 2000 a 2014.

(Miles de personas)

Año	Población derechohabiente		Población asegurada ^a				Población con protección social en salud
	IMSS ^b	ISSSTE	PEMEX	SEDENA ^c	SEMAR	Estatales	Seguro popular
2000	45 054	10 066	647	489	187	1 308	NA
2001	44 719	10 236	665	511	213	1 432	NA
2002	45 352	10 310	676	536	208	1 373	1 094
2003	41 519	10 352	ND	ND	ND	ND	2 224
2004	43 006	10 463	690	677	210	1 469	5 318
2005	44 532	10 608	708	ND	201	1 437	11 405
2006	46 636	10 798	712	ND	197	1 535	15 672
2007	48 650	10 981	712	ND	202	1 424	21 835
2008	48 910	11 301	728	ND	218	ND	27 177
2009	49 134	11 590	739	866	228	953	31 133
2010	52 310	11 993	743	1 048	240	1 942	43 519
2011	54 906	12 207	748	806	264	1 954	51 823
2012	57 476	12 450	755	832	279	1 682	52 908
2013	59 512	12 631	764	832	287	1 551	55 638
2014	59 487	12 804	ND	ND	ND	ND	57 300
2015	61 865	12 974	ND	ND	ND	ND	57 106
2016 ^d	62 161	12 984	ND	ND	ND	ND	54 924

Nota: Cifras al mes de diciembre de cada año.

^a Para 2003, no se reporta información debido a que únicamente se cuenta con cifras estimadas de población total, realizada a partir de la muestra del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

^b La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares corresponden al promedio del número de derechohabientes por familia y se aplican al número de trabajadores asegurados y de pensionados. Por su parte, la estadística de "población derechohabiente adscrita a Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS" es determinada, tanto las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, con base en registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer).

^c De 2005 a 2008, la SEDENA no reportó información.

^d Para el IMSS e ISSSTE, cifras al mes de julio; y para el Seguro popular, cifras al mes de junio.

NA No aplicable.

ND No disponible.

FUENTE: TABLA TOMADA DE INEGI, ANEXO ESTADÍSTICO; DERECHOHABIENCIA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

Gasto por derechohabiente realizado (Pesos per Cápita)

Institución	Año				
	2004	2005	2006	2007	2008*
IMSS	\$202.59	\$199.56	\$174.00	\$331.97	\$140.12
ISSSTE	\$346.00	\$335.03	\$422.43	\$ 900.75	\$194.70
PEMEX	\$ 10,019.54	\$10,517.25	\$11,476.14	\$13,033.00	\$6,011.32

Nota: los gastos son respecto al gasto realizado en medicamentos reportado por las instituciones.

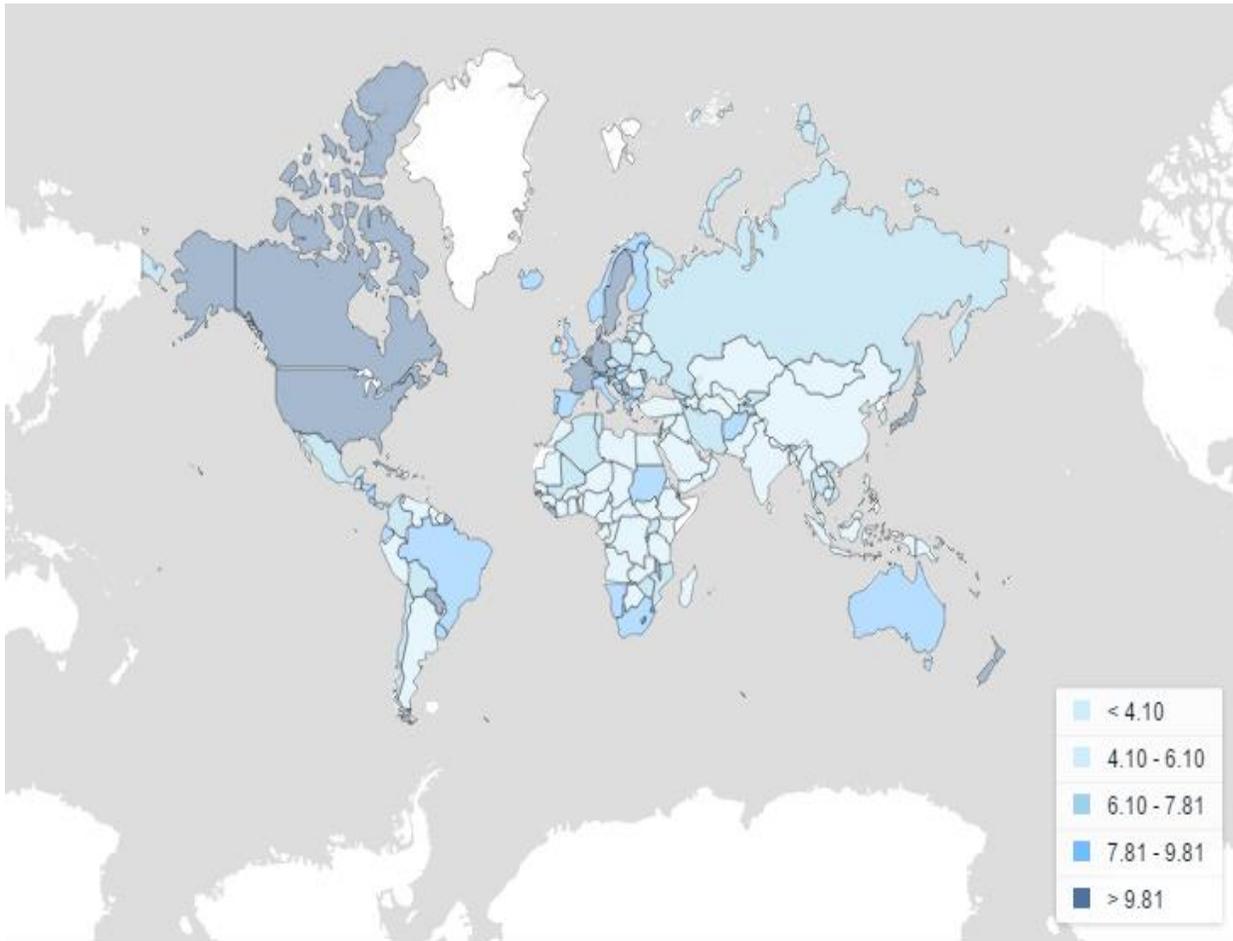
FUENTE: INEGI, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO, 2008, ANEXO ESTADÍSTICO.

**Gasto en septiembre 2015 por anuncios en TV de los 10 medicamentos con
gasto más alto (US\$)**

Empresa	Medicamento	Gasto en anuncios por TV (Miles de Dolares)
AbbVie	Humira antiinflamatorio	13.876.208
Merck & Co.	Belsomra para ayudar a dormir	13.430.565
Johnson & Johnson	Invokana antidiabético	11.381.800
Pfizer y Bristol-Myers Squibb	Eliquis anticoagulante	10.361.097
Sunovion	Latuda antipsicótico	9.204.164
Pfizer	Lyrice anticonvulsivo	8922127.00
Sanofi	Toujeo insulina basal	7.850.909
Johnson & Johnson and Bayer	Xarelto anticogaulante	6.688.466
Novo Nordisk	Victoza antidiabético	5.308.089
Allergan	Linzess para estreñimiento	5.228.058

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DEL INFORME DE FIERCE PHARMA 2014
[HTTP://WWW.FIERCEPHARMA.COM/DTC-ADVERTISING/ABBVIE-S-HUMIRA-J-J-S-INVOKANA-LEAD-SEPTEMBER-S-231M-PHARMA-TV-AD-SPENDING?UTM_MEDIUM=NL&UTM_SOURCE=INTERNAL](http://www.fiercepharma.com/dtc-advertising/abbvie-s-humira-j-j-s-invokana-lead-september-s-231m-pharma-tv-ad-spending?utm_medium=nl&utm_source=internal)

Gasto en salud a nivel mundial como porcentaje del PIB 2014



FUENTE: EXTRAÍDO DEL BANCO MUNDIAL EN SU INFORME DE GASTO EN SALUD 2014

Enfermedades relacionadas con el consumo de Coca Cola



FUENTE: IMAGEN EXTRAÍDA DE [HTTPS://TWITTER.COM/LIGA_ACHER](https://twitter.com/LIGA_ACHER))