



Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina

Andrew Lakoff *

Traducción: Cecilia Hidalgo y Matilde Albert

En agosto de 2001, en diversos diarios de Buenos Aires aparecieron notas sobre “La semana de los desórdenes de ansiedad”, una campaña de información destinada a que los pacientes acudieran a hospitales para consultar a expertos. “Uno de cada cuatro argentinos sufre de ellos” proclamaba un artículo: “ataques de pánico, fobias: los especialistas dicen que están incrementándose y que pueden estar influenciados por factores tales como la inseguridad o la incertidumbre respecto del futuro” (Cecchi 2001). La referencia a la incertidumbre y a la inseguridad era apropiada: el país entraba en su cuarto año de recesión, la tasa de desempleo había alcanzado el 20%, el índice denominado riesgo-país se elevaba a un nivel récord día tras día. La campaña fue exitosa más allá de las expectativas de sus promotores: los hospitales de la ciudad se vieron inundados de pacientes que se quejaban de síntomas de estrés. Los artículos periodísticos no mencionaban que la campaña había sido co-financiada por la empresa farmacéutica nacional Bagó, productora de Tranquinil, una variedad del alprazolam. Dado que en el mercado argentino está prohibida la venta directa de medicamentos al público, una alternativa era “hacer crecer el mercado” logrando que tanto los médicos clínicos como los pacientes se percataran de la enfermedad. En un artículo sobre el rol de la creciente crisis económica en las ventas cada vez mayores de tranquilizantes aparecido dos meses después en el diario Clarín, el gerente de ventas de Bagó informaba que agosto había sido un mes de crecimiento récord de las ventas de Tranquinil.

Profesor. Universidad de California en San Diego, EE.UU. alakoff@weber.ucsd.edu. Título original en inglés: “The Anxieties of globalization: Anti-depressant Marketing and Economic Crisis in Argentina”, a publicarse en: *Social Studies of Science* N° 34. Traducción al español autorizada por el autor. Fecha de realización: agosto 2003. Fecha de entrega: agosto 2003. Aprobado: octubre 2003.

El subtítulo de la noticia era “Las enfermedades traídas por la crisis están incrementando las visitas médicas y el uso de ansiolíticos” (“El consumo” 2001)¹. Lo que podría haber sido considerado evidencia del éxito de la campaña informativa de Bagó fue mostrado en cambio como signo de la crisis social y psíquica de la nación.

Resultó que mientras las ventas de la medicación para la ansiedad crecían, las de antidepresivos se elevaban incluso más rápido. Mientras que el mercado farmacéutico argentino en su totalidad se había achicado en los años de la hiper-recesión entre 1998 y 2001, el incremento en las ventas de antidepresivos había saltado de manera notable: de 16.5% de junio de 2000 a junio de 2001 solamente². En este trabajo me propongo explicar estos guarismos: ¿eran el resultado de la crisis económica o de las prácticas de mercado farmacéuticas? Responder esta pregunta exige una investigación sobre la estructura del mercado farmacéutico argentino, el carácter de las relaciones entre los médicos y las empresas farmacéuticas y el rol de las herramientas de investigación de mercado que imprimen una dirección a tales relaciones. Me centraré en una herramienta de investigación de mercado específica –la auditoría de las prescripciones médicas– para mostrar cómo se ha constituido este mercado y cómo ha dado forma a las decisiones de actores claves.

Las relaciones entre los médicos y las empresas han tomado gran importancia en las decisiones médicas a la hora de la prescripción dado el carácter distintivo del contexto argentino: la amplia circulación de copias no autorizadas de medicamentos, la cantidad excesiva de médicos en el mercado de trabajo, y –en el campo de la enfermedad mental– un marco epistemológico orientado a los modelos explicativos sociales y psíquicos más que a los modelos neurológicos. La relación entre las ventas de antidepresivos y la prevalencia de la enfermedad en tal contexto también arroja luz en una arena de controversia en la biomedicina norteamericana y europea: si la disponibilidad y promoción de medicaciones psicotrópicas “producen” ilegítimamente la enfermedad que pretenden tratar. El caso argentino indica que no sólo las prácticas de mercado sino también las demandas regulatorias y las culturas profesionales desempeñan un rol clave en el crecimiento de identidades diagnósticas flexibles tales como la depresión.

Más generalmente la centralidad de los datos de ventas de las empresas auditadas, en la conformación de las prácticas de los expertos ayuda a enmarcar las transformaciones globales recientes en el gobierno de la salud y del bienestar. En ausencia de conocimiento públicamente disponible acerca de la prevalencia de la enfermedad, estos datos numéricos constituyen lo que denomino una

“epidemiología neoliberal” que juega un rol especialmente importante en el monitoreo y regulación que efectúan los expertos en salud en lugares como la Argentina, donde los programas estatales de bienestar han sido desmantelados en los últimos años.

EL CRECIMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La legitimidad de la demanda de serotonina selectiva con inhibidores de rebote (SSIR) constituye un interrogante, en parte porque las propiedades curativas de estas drogas parecen trasmutarse según la enfermedad que se supone que tratan y el modelo de desorden que maneja el experto. Se da entonces una relación compleja entre la población de la enfermedad y la droga misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales han detectado una epidemia aparente de desórdenes afectivos a escala mundial, citando guarismos que indican que se espera que el 10% de la población experimente depresión en algún momento de su vida (OMS 2001). Como el historiador de la psicofarmacología David Healy y otros han señalado, esta es una cifra especialmente sorprendente dado lo raros que han sido los diagnósticos de “depresión” tres décadas atrás (Healy 1997). Hay al menos tres maneras de interpretar el aparente crecimiento en la prevalencia de la depresión en Europa y Norteamérica en las últimas décadas. Una es argumentar que el desorden ha permanecido más o menos constante a lo largo de períodos históricos y a través de divisiones geográficas, pero que su verdadera prevalencia sólo está siendo reconocida últimamente —ésta es la posición general de la epidemiología psiquiátrica cosmopolita. Enfoques sociológicos como el de Alain Ehrenberg afirman que el crecimiento en la prevalencia de la depresión es un signo del cambio de los modelos culturales del yo, dadas las recientes transformaciones sociales y las nuevas demandas personales (Ehrenberg 1998). Un tercer argumento, formulado por Healy, Mikkel Borch-Jacobsen y otros es que el crecimiento de la “depresión” puede ser atribuido al éxito de las prácticas de mercado que promocionan la expansión del diagnóstico de depresión con el fin de incrementar la prescripción de antidepresivos (Healy 1997; Borch-Jacobsen 2002). Afirma Healy, “en el presente nos encontramos en un estado en el que las empresas no sólo buscan la llave para la cerradura sino que imponen en gran medida la forma de la cerradura a la que la llave deberá ajustarse”.

El caso argentino permite plantear otra posibilidad, si bien relacionada con el último argumento: que la fuente del crecimiento de la depresión en los países del Norte se vincule con la exigencia regulatoria de que la prescripción de medicamentos corresponda a enfermedades específicas, en combinación con presiones de mercado³. Esto se debe a que en la Argentina se ha dado una rápida expansión de las ventas de antidepresivos sin, según parece, un incremento concomitante en la diagnosis de depresión como entidad clínica específica⁴. Las mismas drogas que en Norteamérica se asocian a intervenciones en la condición biológica de “depresión”, en Argentina son ampliamente usadas como tratamiento para un estrés socialmente inducido. Ante mi pregunta de por qué aumentaban las ventas de los SSIR, tanto los analistas sociales como los representantes de la industria farmacéutica señalaron el torbellino causado por el deterioro de las condiciones sociales y económicas del país.

En una entrevista en Buenos Aires de julio de 2001, un ejecutivo de una empresa de investigación de mercado sugirió un par de razones para explicar el fenómeno del crecimiento de las ventas de antidepresivos: por una parte, los antiguos ansiolíticos perdían participación en el mercado en relación con los antidepresivos, pero también un tremendo incremento de los ataques de pánico, especialmente en Buenos Aires, conducía al alza de las ventas de antidepresivos. ¿Por qué había más ataques de pánico?

“Porque se da una situación totalmente confusa en este país... una situación muy estresante; hay un gran desempleo, hay sub-empleo, y por otro lado los argentinos estamos en un callejón sin salida. Parece como si no tuviéramos o *si no pudiéramos encontrar la salida... usted es un antropólogo, usted lo comprende bien*. Los problemas de las relaciones sociales se agregan a los problemas personales”.

El abrumador sentido de inseguridad vinculado a la crisis económica en curso fue generalmente la primera respuesta que los funcionarios de la industria farmacéutica dieron a la pregunta de por qué se incrementaban las ventas de antidepresivos. Lo sorprendente era la ausencia generalizada de la noción de “depresión” como desorden biológico localizado en el individuo, que constituye el blanco de la acción antidepresiva. Al preguntarle a un ejecutivo de la firma transnacional de marketing en salud “IMS Health” acerca de tendencias recientes en las ventas, dijo:

“Usted ha estado aquí por un mes. Tiene que saber que ahora... la situación socioeconómica y la política del país hace que la gente consuma más ansiolíticos todo el tiempo y vaya al psiquiatra más frecuentemente... Imagínesse una persona que trabaja, que tiene... que ha tenido una calidad de vida decente y que contaba con un ingreso de alrededor de mil o mil doscientos dólares al mes. Unos pocos años antes podía vivir con eso, ahora no le alcanza para vivir, entonces se vuelve ansioso. No se olvide que todos en la Argentina, todos, tienen un miedo tremendo: quedarse sin trabajo”.

Cuando la crisis en Argentina alcanzaba su cenit con la caída de dos presidentes y un default record de u\$132 mil millones de deuda nacional, el crecimiento de las ventas psicofarmacéuticas se transformó en un tema de creciente interés para la prensa. La BBC en español publicó un artículo a fines de enero de 2002 citando informes de la industria farmacéutica según los cuales mientras las ventas generales habían disminuido un 10% en el último año, las de antidepresivos se habían incrementado un 13% y las de tranquilizantes un 4% (“Los argentinos” 2002). El *Observer* citaba estadísticas similares en un artículo denominado “*Argentina Hits Rock Bottom*” (Argentina toca fondo), otra vez vinculando la crisis con los crecientes síntomas de ansiedad y el incremento de las tasas de suicidio (Arie 2001). En general estos datos de ventas eran interpretados como evidencia de los efectos de la crisis económica sobre las condiciones de salud mental de la población. Después de señalar el incremento de las visitas médicas relacionadas con el estrés en el pico de la crisis, el artículo de la BBC citaba a un psiquiatra argentino: “Los argentinos se sienten devaluados. La gente se siente perdida. Las reglas del juego han cambiado. Trabajar duro por muchas horas no significa ya una seguridad económica”. La ‘devaluación’ aludía aquí a la ruptura de la paridad entre el dólar y el peso argentino, que durante diez años había dado a los argentinos un tenue sentido de seguridad económica mientras que al mismo tiempo socavaba la capacidad del gobierno para articular intervenciones macro-económicas que promovieran el crecimiento.

El análisis social de los patrones de ventas de psicofármacos era casi un lugar común entre los estrategas del mercado. Un experimentado agente de ventas farmacéuticas me transmitió su teoría sobre la relación del cambio social con el consumo de drogas:

“En los setenta tenías la guerra fría y un sentido muy elevado de tensión y nerviosismo, así que el Valium se vendía bien. Luego en los ochenta con el

fenómeno de los yuppies y su énfasis en el éxito profesional, la droga de elección eran los ansiolíticos. En los noventa los antidepresivos se volvieron populares por dos razones: en primer lugar estaban quienes no habían logrado cumplir sus expectativas de los ochenta y por lo tanto estaban deprimidos. Pero las estrategias de mercado farmacéuticas tuvieron también que ver con esto”.

Aunque es tentador para el científico social crítico interpretar el incremento de las ventas de psicofármacos como una instancia de la medicalización del sufrimiento, tal interpretación resultaba algo redundante en este contexto: era parte de un conocimiento dado por supuesto según el cual los síntomas crecientes de ansiedad y depresión estaban vinculados con fenómenos sociales y políticos. Tanto que la preponderancia misma de las explicaciones sociales del sufrimiento no servían como una *crítica* del rol del mercado farmacéutico sino como su *base*, como pudo verse en el caso de una campaña de la compañía argentina Gador, que usaba los conceptos gemelos de “globalización” y “vulnerabilidad” para promover su línea de antidepresivos y ansiolíticos⁵. Ni siquiera los gerentes de productos para el sistema nervioso central suscribían el modelo biológico de depresión. Así Martín, jefe de ventas de productos para el sistema nervioso central de una empresa multinacional, al discutir la cuestión de las fuentes de la depresión, rechazaba la predominancia de las explicaciones psicoanalíticas en la Argentina, prefiriendo una explicación social.

“No es cierto que aquello que ha cambiado y es la causa de la depresión tenga su origen en lo que me ocurrió durante mi infancia. Es muy probable que ella nos haya marcado, pero también lo hace el contexto, y esto de sentirse cada vez más vulnerable ante los cambios... El mundo está cambiando muy rápidamente, demasiado rápido para todos nosotros. Hoy hablaba con alguien acerca de este tema, y de cómo estamos *clavados* ahora. El déficit, el default o no, la devaluación o no, constituyen un horizonte muy incierto”.

Los gurúes de los medios, los directores de venta y los ejecutivos de marketing concordaban: la inseguridad vinculada con la crisis económica hacía subir las ventas de psicofármacos. Pero no quedaba claro si la causa principal de los cambios en el mercado psicofarmacéutico era el efecto de la crisis sobre el estado psíquico de la nación o las estrategias promocionales que lo aprovechaban. En

primera instancia, los datos de ventas parecían proporcionar evidencias de una creciente medicalización de los desórdenes sociales, pero es importante distinguir la relación entre los datos concretos acerca de las transformaciones del mercado y los relatos acerca de tales datos.

Aún cuando la atención de los medios sobre el consumo de psicofármacos parecía incrementarse hacia fines de 2001, los relatos acerca de la relación entre tal consumo y la transformación social no eran un fenómeno nuevo. En 1996 –un momento que cinco años después parecía como la cumbre del boom económico argentino de los noventa, apareció en el diario La Nación un artículo denominado “El ranking de los remedios” (Palomar 1999). Allí el presidente de la Federación Farmacéutica Argentina señalaba el rol de la crisis en la conformación del consumo de fármacos: “quizás lo más notable sea el boom de los antidepresivos cuyo consumo masivo despegó en nuestra sociedad al comienzo de la década del setenta. Y no por casualidad, como se comprenderá luego”. El autor del artículo comentaba: “de los cinco productos más vendidos anualmente en nuestro país, uno es un antibiótico y el resto un reflejo fiel de los males de nuestro tiempo: stress y nervios”. Otros representantes de la industria farmacéutica agregaron sus interpretaciones: “¿Quién no está *nervioso* en la Argentina hoy?” preguntó el director ejecutivo del Consejo de laboratorios multinacionales. El Presidente del Consejo de Farmacéuticos también ofreció una lectura sociológica de los datos de venta: “Las condiciones de vida están empeorando... y vivimos en un estado permanente de alteración. Solamente en 1994, se vendieron más de 16 millones de cajas de psicotrópicos”.

Sin embargo, no era cierto que el consumo del momento hubiese cambiado significativamente durante la crisis. Martín me dijo: “La cantidad de pacientes tratados con antidepresivos no ha aumentado tanto; lo que ha cambiado es el *precio* promedio de los antidepresivos” Esto tendría sentido dado el patrón que se dio en el resto del mercado argentino a comienzos de la década del noventa: un incremento en las ventas generado no por un incremento en el consumo sino por el uso de drogas más nuevas y más caras. En este caso la explicación del incremento de las ventas de los antidepresivos podría haberse debido a un cambio gradual en la prescripción de los médicos no especialistas desde los ansiolíticos –aún usados mucho más que los antidepresivos– hacia los nuevos SSIR.

De hecho Martín pensaba que el mercado aún no había logrado su techo: “pienso que lo que tenemos hoy es la punta del iceberg. Aunque, como Ud. dijo, el mercado de antidepresivos está creciendo, pienso que su potencial es fácilmente diez veces mayor del que tenemos ahora”. ¿Cómo conocía el potencial si no se

disponía de datos sobre la prevalencia de la depresión en la Argentina?. Usaba la epidemiología transnacional, combinándola con los datos de auditoría sobre las ventas de productos farmacéuticos que realizaban las empresas: “Si Ud. toma el índice de prevalencia de la depresión en cualquier país del mundo, que está alrededor de –digamos un número conservador– el 3% –se habla de más o menos un millón de personas... en realidad eso correspondería a la depresión pura. Pero si toma los distintos tipos de depresión –distemia– estamos hablando de 3 millones de personas... *y hoy, usted sabe, los pacientes tratados son 350.000 más o menos*”.

El argumento de Martín de que fue el precio más alto y no el número real de pacientes tratados lo que elevó los ingresos por ventas, se vio corroborado por un estudio que llevé a cabo –dada la escasez de otros datos disponibles– entre un grupo de epidemiólogos vinculados a la Universidad de Belgrano y a la empresa Argentine Pharmacy Benefits Management. El estudio comparaba el patrón de uso de antidepresivos y ansiolíticos en el período 1997/2000, entre los afiliados de cuatro planes distintos de salud, abarcando una población de aproximadamente 600.000 personas (Gattari y otros, 2001). Resultó que en ese período se había dado una clara *declinación* en el consumo de ansiolíticos en esta población, que iba del 21% al 14%, y un leve incremento en el número de pacientes que tomaban antidepresivos, del 3.6% al 4.5% de los afiliados. En otras palabras, en conjunto había menos pacientes que estuvieran tomando tales medicaciones. Los resultados eran sorprendentes en comparación con el alza excesiva que arrojaban los guarismos de ventas de psicofármacos citados por los medios como evidencia del efecto de la crisis económica sobre el bienestar mental de la población. Esto ha podido corroborarse a través de datos provistos por el IMS acerca de cambios en el volumen de ventas de psicofármacos por unidad en Argentina a lo largo de los últimos cinco años, que indican que las ventas por unidad de ansiolíticos cayeron alrededor de un 5% entre 1997 y 2001, mientras que las ventas por unidad de antidepresivos se incrementaron en un 9% en el mismo período⁶. Es importante advertir que se registra un uso mucho más alto de tranquilizantes que de antidepresivos. Aunque la brecha se hacía cada vez menor, los ansiolíticos se vendían seis veces más que los antidepresivos.

Si agregamos a los resultados de ese estudio otra información, podemos precisar aún más lo que ocurría en el mercado: el crecimiento impresionante de las entradas por la venta de antidepresivos entre diciembre de 1998 y junio de 2001 –que iban de \$45 a \$54 millones dólares por año– podía explicarse en gran medida solamente por las ventas de los medicamentos denominados Paxil y Zoloft, que convirtieron al Foxetin de Gador en líder del mercado⁷. Esto se debió a un contac-

to intensivo entre los representantes de ventas y los médicos, estructurado por una economía informal de dones en la que las prescripciones de los médicos eran recompensadas con viajes al exterior u otras prerrogativas. Así Glaxo y Pfizer aparentemente habían tenido mucho éxito al lograr que los médicos clínicos cambiaran la prescripción de ansiolíticos por la de sus SSIR.

Más que un brusco incremento en el consumo general de psicofármacos causado por la crisis económica, el crecimiento de las entradas por la venta de antidepresivos podría ser mejor explicada en términos de una táctica específica: un trabajo de los agentes de venta y los líderes de opinión dedicado a convencer a los médicos de prescribir los nuevos SSIR en lugar de tranquilizantes ante síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Es bueno advertir que tal cambio concordaba con las recomendaciones de importantes autoridades de salud, quienes habían manifestado alarma por las altas tasas de uso de ansiolíticos (a menudo ligados a la adicción y a la auto-medicación) en países como Francia y Argentina. En otras palabras, el “elevado contacto” –la intensificación de las relaciones entre las compañías farmacéuticas y los médicos– operó en este caso para que los hábitos de prescripción adoptaran aproximadamente la forma que los expertos oficialmente sancionados estarían dispuestos a autorizar. Así, el incremento en las prescripciones de antidepresivos no conduce directamente a una crítica de la peligrosa influencia de las grandes empresas farmacéuticas sobre la medicina científica. Antes bien, exige una descripción más profunda de la infraestructura biomédica transnacional que relacione el conocimiento, la regulación y el mercado en diferentes direcciones dependiendo de contextos económicos, institucionales y profesionales divergentes.

RELACIONES FARMACÉUTICAS

En este período, el mercado farmacéutico argentino constituyó un caso peculiar: de manera desigual, se agrupó con Estados Unidos, Alemania, Suiza y Japón, únicos países en los que los productores locales tenían una participación mayor en el mercado que los extranjeros. Pero era el único en el que esta floreciente economía local, se basaba en el elevado precio de las copias de los productos con patentes registradas. La industria farmacéutica local se había fundado en una lógica de sustitución de importaciones, produciendo copias para el mercado interno en un clima de no reconocimiento de los derechos de patentes para productos farmacéuticos. Esto había formado parte de una estrategia más amplia de la polí-

tica de bienestar y planificación estatal de la Argentina de posguerra, orientada hacia la formación de un estado dirigido a la industrialización que no sólo se liberaría de los poderes externos sino que también proporcionaría trabajo y riqueza accesible a la población (Sikkink 1991; Waismab 1987). Pero el aumento de la deuda, las crisis y la hiperinflación condujeron finalmente al abandono del modelo y a la adhesión a las políticas de ajuste estructural diseñadas por el FMI, orientadas a la reducción del rol del estado⁸.

A fines de 1980 y principios de 1990, después de una década de inciertos intentos de desviarse del estado planificador, el gobierno peronista de Carlos Menem comenzó un experimento radical de mercado de corte liberal a través de rápidas privatizaciones de empresas pertenecientes al estado –tales como las de servicios de electricidad, los ferrocarriles y la compañía nacional de petróleo– y la desregulación de mercados protegidos. Las metas de estas reformas eran limitar el rol del estado descuidando el bienestar humano y extender la racionalidad del mercado a áreas como educación, salud, y seguridad (Barry, 1996). La premisa era que la competencia del mercado más que la planificación estatal constituía el modo más eficiente y efectivo de suministrar dichos bienes: dado un espacio de competencia ideal, los empresarios intervendrían rápidamente para ofrecer el mejor servicio al mejor precio, mientras que el estado, obstaculizado por la inercia burocrática, la corrupción y la inflexibilidad, sería incapaz de abordar un rápido cambio⁹.

La industria farmacéutica constituye un buen lugar para examinar los efectos desiguales y contingentes de tal liberalización. Bajo la reforma neoliberal de principios de los noventa, cayeron los controles de precios, se eliminó la protección de los mercados locales y se facilitó el proceso de registro y autorización de medicamentos, pues una nueva droga obtenía aprobación automática si era aprobada por los organismos reguladores de un “país central”, es decir, de Europa occidental o Estados Unidos. La idea era regular los precios no a través de controles estatales sino mediante la competencia estructurada en la libre elección de los consumidores.

Argentina aceptó cumplir con el acuerdo TRIPs sobre propiedad intelectual que surgió de la ronda de negociaciones del GATT en Uruguay de 1986. Las compañías farmacéuticas multinacionales fueron incentivadas a intensificar sus esfuerzos en el mercado a través de sus sedes subsidiarias locales. Evidentemente, esto resultó perjudicial para la industria nacional, que controlaba la mayor parte del mercado, pero dependía de la ausencia de un régimen de patentes efectivo. Para continuar funcionando, la industria nacional dependía de la habilidad de

expropiar libremente la propiedad intelectual y durante la década de los noventa, logró demorar reiteradamente la implementación de un régimen de patentes. Bajo estas circunstancias, en la transición neoliberal muchas empresas nacionales prosperaron transformando en marcas locales a copias exactas de las drogas multinacionales. Así, entre los 54 antidepresivos comercializados en 2001, encontramos 14 clases de foxtetina (Prozac) y 6 marcas de paroxetina (Paxil). Esta estrategia no debe confundirse con la de producción de genéricos: las marcas locales de que hablamos fueron comercializadas como marcas registradas y vendidas a precios similares a los de las empresas multinacionales. En otras palabras, los laboratorios locales aprovecharon el valor de base de la industria farmacéutica transnacional, fundada en la protección de patentes, cuando al mismo tiempo desafiaban dicha protección¹⁰.

En estas condiciones, las políticas de desregulación del gobierno de Menem produjeron un cambio sorprendente en el mercado farmacéutico argentino. Los precios de las drogas subieron abruptamente a pesar de que no regían normas de protección de patentes, y así, al tiempo que el consumo farmacéutico global descendió un 13% en los primeros cinco años después de las reformas, los ingresos se incrementaron en un 70% (Fundación ISALUD 1999). Esto fue en parte el resultado de una connivencia informal entre las droguerías y las aseguradoras, y del bloqueo sistemático al surgimiento de una industria de productos genéricos. Pero también incidió el rol de los médicos como iniciadores en el consumo. En tal sentido, el modelo de elección del consumidor racional es evidentemente inadecuado para el mercado farmacéutico, que es intrínsecamente “imperfecto”: el que elige la droga no es quien la consume, y el que la consume no es (o no lo es frecuentemente) quien la paga. En tanto compradores expertos, las decisiones que se expresan en las prescripciones médicas no están moldeadas por la competencia de precios.

Dada la presencia de tantas copias en el mercado argentino (y la constante prohibición de hacer publicidad o propaganda directa al consumidor), se produjo una intensa competencia por las lealtades de los médicos entre las empresas nacionales y multinacionales. Al mismo tiempo se daba una oferta excesiva de profesionales médicos, quienes tenían bastante dificultad en conseguir pacientes particulares que les permitieran subsistir, percibiendo muy bajos salarios por su trabajo en los hospitales públicos o en las clínicas de las obras sociales. Sin costos de investigación, los laboratorios locales pudieron reinvertir sus ganancias directamente en el mercado – y su estrategia clave consistió en construir relaciones de reciprocidad con los médicos por medio de dones o favores. En este contexto, se

hicieron comunes retribuciones importantes: en las reuniones de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) de 2001 en Nueva Orleans, el contingente extranjero más numeroso procedía de la Argentina, con una asistencia demás de 500 psiquiatras, la gran mayoría de los cuales viajaba subvencionada por las empresas farmacéuticas.

La ubicuidad de tal tipo de favores otorgados a los médicos por parte de los laboratorios farmacéuticos ha atraído un pormenorizado examen del discurso ético y profesional en los Estados Unidos (Dana y Loewenstein 2003). La ansiedad que se provoca es la de un “conflicto de intereses” entre el deber de los médicos hacia los pacientes y la obligación recíproca con las empresas farmacéuticas, que podría comprometer la integridad profesional de los médicos. Tal crítica supone que se puede trazar una clara distinción entre “una farmacología racional” y “un mercado de drogas”. Sin embargo, como Healy y otros han argumentado, el mercado y la idoneidad profesional no pueden ser fácilmente desentrañados: las compañías farmacéuticas son productoras no sólo de píldoras, sino también de conocimiento sobre su seguridad y eficacia, y sus favores a los médicos proveen el acceso a la última experticia (Healy 2001). La fortaleza que supone tomar precauciones contra la cruda lógica del beneficio –la experticia biomédica– está en sí misma oculta en el mercado.

Además, la relación farmacéutica basada en favores debe ser entendida no tanto como el pago por un servicio (recetar una determinada droga) sino como la formación de un lazo entre el médico y el laboratorio farmacéutico¹¹. Más que una transferencia directa de bienes, las relaciones farmacéuticas basadas en favores implican algo más que *un acceso recíproco a recursos protegidos*. Esto se aclarará cuando describa la estructura de relaciones entre médicos y empresas farmacéuticas en el contexto argentino. Desde la posición ventajosa de las empresas, evidentemente, tales relaciones posibilitaron el acceso a los pacientes, ya sea como consumidores de drogas o como sujetos de pruebas clínicas. Desde la perspectiva de los psiquiatras argentinos, el tipo de favores que se les ofreció –cuentas de correo electrónico, equipos de computadoras, viajes a congresos internacionales– representó la posibilidad de labrar un compromiso con los centros de producción de conocimiento y de autoridad profesional. Dada la carencia de otros medios para acceder a sistemas cosmopolitas de experticia, las relaciones farmacéuticas se convirtieron en portales para la infraestructura biomédica a nivel global. En sus relaciones con las compañías farmacéuticas, no era tan importante que los médicos se enfrentaran con el conflicto de intereses entre la ciencia y el mercado sino que quedaran insertos en una atmósfera de *conocimiento interesado*.

Esto, en sí mismo, no quita legitimidad al conocimiento que se produjo y difundió sobre la seguridad y eficacia farmacéuticas. Más bien, nos lleva a considerar cómo los médicos llegan a conferir autoridad a la información que reciben por la vía de los circuitos de difusión farmacéutica¹². Esto requiere la investigación de la estructura de las relaciones entre las compañías farmacéuticas y los médicos. En el caso argentino, mientras tales relaciones fueron reforzadas a través del intercambio de favores, la forma de confianza que se promovió fue deliberada: cada parte tuvo cierta responsabilidad (Sabel, 1997). Comencemos por examinar cómo controlaron las empresas la efectividad de sus estrategias promocionales destinadas a moldear la conducta de los médicos.

LA REGULACIÓN POS-‘SOCIAL’

El objetivo del patrocinio de viajes para asistir a congresos y otras atenciones de mayor envergadura por parte de los laboratorios farmacéuticos fue forjar una relación de lealtad entre el médico y la empresa. Dos clases de médicos fueron especialmente buscadas para entablar tales relaciones: los líderes en las prescripciones de recetas médicas y los líderes de opinión. La estrategia básica para cimentar la lealtad de los médicos asumió diferentes formas dependiendo del perfil del médico, o sea, si era un líder de opinión o en la prescripción de recetas. El delicado trabajo de forjar vínculos con los líderes de opinión estaba a cargo del director de ventas de la empresa o del gerente de productos. Por su parte, la figura clave con respecto a los líderes en prescripciones de recetas médicas era el agente de ventas – al cual la industria farmacéutica argentina destinó un 15% de su ingreso total, 3.6 mil millones de pesos, en el año 2000 (Fundación ISALUD, 1999). En 2001, había en el país, 90.000 médicos y 8000 agentes de ventas¹³. La tarea de estos últimos consistía en trabajar dentro de un territorio asignado con el fin de incrementar la participación de los productos de su compañía en el mercado. Las estrategias para conquistar lealtades diseñadas por las empresas nacionales y las multinacionales diferían levemente. Estas últimas confiaban en sus vínculos con prestigiosos centros de conocimiento y se autoregulaban (al menos, en apariencia) ajustándose a normas transnacionales; en cambio, las empresas locales inventaban tácticas en base a su conocimiento del terreno local.

Los datos que suministraban las auditorías de ventas de la industria farmacéutica permitieron a las empresas evaluar los resultados de sus campañas de marketing, y también controlar sus relaciones con los médicos de manera individual.

Inicialmente comencé a interesarme por los usos de los datos de ventas de productos farmacéuticos, mientras asistía a las reuniones editoriales de una importante revista argentina de psiquiatría. En una de ellas, el editor de la revista se había quejado ante los representantes de ventas de Eli Lilly, por el hecho de que hubieran rechazado su pedido de patrocinio para la publicación en los siguientes términos: ¿por qué nos piden ayuda si ustedes recetan solamente Foxetin? El “Foxetin” de Gador –una copia no autorizada de “Prozac”– era en ese momento el principal antidepresivo del mercado argentino, mientras que la patente original de Lilly languidecía en un sexto lugar¹⁴. El editor, que era conocido por haber sido un activista militante de izquierda durante la década de los setenta, estaba indignado: primero, por las tácticas extorsivas de los agentes de ventas, y segundo, por el profundo conocimiento de las prácticas de prescripción de recetas de los médicos. ¿Cómo sabían ellos lo que él recetaba? Resultó que había empresas de base de datos que microfilmaban recetas individuales en las farmacias, comparaban los datos y, luego, los vendían a las compañías farmacéuticas. Me impresionó la minuciosidad de esta esfera privada de conocimiento, especialmente en un país donde en el sector público resulta casi imposible encontrar datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de las enfermedades mentales en la población o información sobre estadísticas de uso de productos farmacéuticos¹⁵.

La recolección de información minuciosa acerca de las prescripciones de los médicos que el editor había descubierto por casualidad, constituye una ventana hacia el interior de un conjunto de prácticas más generales relacionadas con la regulación de la experticia médica contemporánea, que se tornan particularmente notorias en países como la Argentina, donde se han debilitado otras formas de conocimiento y de regulación en el campo de la salud pública, antes típicamente asociadas al Estado o las organizaciones profesionales. ‘La avalancha de cifras’ producidas por las empresas auditoras acerca del estado de la salud y las prácticas respectivas de la población y su contraste total con la carencia de datos disponibles en otros ámbitos, dirige la atención analítica hacia el rol que esos números juegan a la hora de moldear la conducta de los médicos¹⁶.

En su genealogía de la racionalidad gubernamental, Michel Foucault mostró que las ciencias vinculadas a la recolección de información y conocimiento sobre la salud pública surgieron, en primer lugar, como parte de un arte de gobernar cuyo objetivo era mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones, al servicio de un aumento de la fuerza del estado (Foucault, 2000). Comprender y fomentar el bienestar de los sujetos entendidos como seres vivientes llegó a convertirse, paulatinamente, en una tarea fundamental de la administración estatal. Las for-

mas de conocimiento acerca de la salud de las poblaciones –desde la estadística (primero referida como la ‘ciencia de estado’) hasta la demografía y la epidemiología–, se han vinculado a una variedad de proyectos modernos de conformación del estado, y a esfuerzos de modernización de los territorios coloniales y post coloniales (Rabinow, 1996). El relevamiento de datos precisos acerca de la condición de la población resulta pues crucial para las formas modernas de gobierno, en las que estos números constituyen los dominios que se convierten en sitios de su intervención –economía, sociedad y población (Rose, 1999).

Si ciencias tales como la epidemiología surgieron en el contexto de la regulación de la salud de colectividades dentro de un territorio, ¿cómo podemos entender nuevas formas de conocimiento tales como los datos que provienen de las auditorías en relación al problema de gobierno? Podría decirse que el rol del científico social en el estado de bienestar o planificador –constituir e intervenir en la colectividad entendida como población nacional– en el orden post “social” encuentra una analogía en el estratega de mercado contemporáneo (Rose, 1996). Gilles Deleuze (1995) hizo alusión a este cambio en su ‘Posdata sobre las sociedades de control’ de 1990, describiendo la importancia del marketing para la nueva forma de capitalismo, orientada hacia la ‘meta-producción’: “el marketing es en la actualidad el instrumento del control social y produce la arrogante casta quienes son nuestros amos”, expresó obscuramente. Deleuze pensó que las formas predominantes de las relaciones de poder también habían cambiado: el poder disciplinario había cedido el lugar al control, la cuestión del confinamiento al problema del *acceso*. Argumentó que esta nueva forma de poder operaba más a través de una constante modulación y transmutación, que por vigilancia o confesión.

¿Pero dónde y sobre quién operaba? En el caso del marketing farmacéutico, la figura a quien se modulaba mediante la cuestión del acceso no era el paciente sino el médico. Este control complejo e interactivo fue posible gracias a los datos de auditoría, la información que se recogía sobre las ventas farmacéuticas y el comportamiento de los médicos en lo relativo a sus prescripciones.

Los guarismos de las empresas auditoras funcionaron de modo de tornar palpable al mercado farmacéutico, tanto como entidad que podía convertirse en blanco de intervenciones estratégicas como en fuente de retroalimentación rectificadora. En tanto forma de conocimiento de las prácticas en salud utilizada para guiar a los expertos, los datos de auditoría farmacéutica surgieron como un tipo de ‘epidemiología neoliberal’. Estos números proporcionaron una visión del territorio como contenedor de un mercado más que de una población. Aunque la noción de territorio de ventas no era nueva, la información tecnológica posibilitó

un conocimiento inmediato y detallado, que modificó el carácter del manejo territorial¹⁷. Un experto vendedor de psicofármacos me contó cómo empleaba él datos de este tipo, correspondientes a un barrio de clase media-alta de Buenos Aires, para descubrir líderes en la prescripción de medicamentos: ‘Ud. sabe que el código postal de Palermo es 1425 y, por eso, dice ‘quiero prescripciones de anti-psicóticos en Palermo’. ‘Ubica los cinco mejores médicos y averigua cuánto recetan de qué tipo de droga’. Frecuentemente se trata de médicos que prestan sus servicios profesionales a un elevado volumen de obras sociales y prepagas’. El estrategia pudo hacer marketing selectivo. Los lugares tradicionalmente dedicados al encuentro clínico podían ser utilizados como sitios de encuentro y transacción: así, en Buenos Aires, los hospitales públicos ofrecían importantes oportunidades para acceder a médicos prestigiosos, quienes durante las tardes combinan estas actividades con prácticas privadas en lugares como Palermo, y a poblaciones de pacientes sobre los que se realizan ensayos clínicos¹⁸.

TRAYENDO EL MERCADO A LA VIDA

Mientras investigaba en este ámbito, aunque mi interés específico se centraba en los recientes cambios producidos en las ventas de psicofármacos, me resultaba muy difícil acceder a datos numéricos sobre la situación del momento y sobre las principales tendencias. Durante mis visitas a las oficinas de la compañía de marketing farmacéutico, IMS Health, se me permitía algunas veces echar un vistazo subrepticio a un enorme libro de registro del número y monto mensual de ventas, pero no se me autorizaba a fotocopiarlo. Recuerdo que un director de ventas con quien me cité en un café traía algunas cifras anotadas en un trozo de papel, me permitió mirarlas y luego rompió el papel. Los datos numéricos de ventas eran confidenciales y muy valiosos: las empresas farmacéuticas pagan hasta 150.000 pesos anuales para suscribirse al servicio prestado por IMS, que lleva a cabo solo un tipo de auditoría. También era de difícil acceso otro servicio, ofrecido por Close up, que recopilaba recetas de farmacias y proporcionaba una serie de datos diferentes y complementarios. Ambos servicios se ofrecían con un software que permitía moverse a través de sus bases de datos y clasificaba la información de acuerdo con componentes significativos: ¿para qué tipo de patología los médicos recetaban generalmente una determinada droga?, ¿quiénes eran los líderes en un determinado tipo de terapéutica durante los últimos doce meses y cuál era el patrón de cambio? Y algo más impresionante aún, ¿cómo se distribuían las ventas

regionalmente, por ciudad, vecindario o incluso código postal?

IMS Salud es una empresa multinacional con sede central en Gran Bretaña, que posee una sucursal en Buenos Aires. Es líder mundial en la recolección y distribución de datos sobre ventas farmacéuticas. El “material primario” de la empresa consiste en información estandarizada sobre ventas totales y categorías terapéuticas específicas, ofrecida en términos de unidades y de precios, tanto al nivel de los mercados regionales como globales. La información del IMS puede especificarse incluso hasta el nivel del código postal de las farmacias donde se han vendido los medicamentos. En Argentina, IMS compró esta información a los distribuidores mayoristas de medicamentos. Según me comentó un ejecutivo de IMS Argentina, ellos solo suministran “información fidedigna” y corresponde a las propias empresas interpretar los datos.

Cuando se consideran las prácticas de los estrategas de mercado de la industria farmacéutica, es posible ver cómo un mercado específico resulta constituido y transformado a través del uso de los datos de auditoría¹⁹. La información de IMS permitió captar al mercado como si fuera una forma de entidad viviente, que se desarrolla de manera impredecible pero mensurable. Con ella se tornó visible la evolución del mercado. Gabriela, gerente de producción de un nuevo antidepresivo que tuvo un crecimiento del 33% el pasado año, mostró cómo los estrategas distinguían entre mercados según categorías terapéuticas:

“Al estudiar el mercado en el pasado, analizamos las estadísticas de ventas para ver qué especialidad usa nuestros productos, y observar, por ejemplo, *la evolución de los números* de la que hablaba recién. *Cuáles son los mercados que se desarrollan más rápidamente o cuáles son los mercados que están creciendo.* Tengo un mercado general que está contrayéndose y otro mercado que está aumentando [señalando la columna de ventas de antidepresivos], y este es el atractivo”.

El ejecutivo de IMS explicó cómo emplear su base de datos de información cualitativa, recogida en entrevistas con expertos, en la planificación de una campaña: “Así..... estoy pensando en lanzar un tranquilizante. Lo primero que voy a hacer es entrar [en la base de datos] por patología, y qué es lo que voy a ver? De mi información surge qué productos realmente usan los médicos, qué marcas de laboratorio, qué es lo que se asocia con ellas, en qué casos se las utiliza?”. El mercado era al mismo tiempo lo que dirigía la estrategia, y lo que los estrategas trataban de moldear. Podría también ser visto como un enemigo, un antagonista.

Martín, el gerente de ventas de productos para el sistema nervioso central (SNC) de una empresa multinacional cuyos antidepresivos estaban luchando en un campo saturado, explicó cómo utilizaba la información de auditoría para diseñar una estrategia de mercado:

“Primero, Ud. analiza el mercado... qué volumen tiene, cómo va evolucionando, cuáles son las empresas que participan, qué porcentaje de ventas tienen sus productos en el mercado.... esto quiere decir: *si voy a atacarla, si va a reaccionar o no, cómo va a reaccionar*, qué antigüedad tienen los productos, cuál es el índice de aceptación de los nuevos productos que se lanzó al mercado, qué diferencia tiene con los que ya están instalados, quiénes son los médicos que recetan los productos en este mercado, cuántos hay....”

CONTROL INTEGRADO

Un ejecutivo de Close Up, la empresa argentina que audita las prescripciones médicas, me explicó por qué son insuficientes los datos de IMS sobre ventas por zonas —además se deben tener a mano cifras relativas a las prescripciones de los médicos particulares: “Es una clase de control integrado. No pretendemos que las compañías farmacéuticas no analicen las ventas por zona, sino que también vean las prescripciones. Ellas... deben poder ser analizadas al mismo tiempo, para ser capaces de brindar explicaciones más coherentes y precisas de lo que está pasando en el campo”. Si se suscribiera a la base de datos de Close Up, el gerente de ventas podría averiguar qué médicos recetan sus productos, quiénes recetan los de sus competidores, y cuánto prescribe cada médico. Para conseguir esta información, Close Up compró o intercambió copias microfilmadas de recetas médicas tomadas en las grandes cadenas farmacéuticas. Pretendía cubrir 18 millones (de los 300 millones estimados anualmente) de recetas médicas en la Argentina, y contar con perfiles del comportamiento de más de 90.000 médicos, incluyendo aproximadamente 2000 psiquiatras en la ciudad de Buenos Aires. Sus datos, en manos de los representantes de Lilly, fueron el origen de la ira del editor de la revista de psiquiatría.

Un importante material de promoción de Close Up aconsejaba: “Para una empresa farmacéutica, el éxito depende de un factor principal: el comportamiento prescriptivo del médico ¿Cómo operan estos números a la hora de conocer y modelar tal comportamiento? Su lectura proporcionaba una visión más bien siniestra

de autoridad por vigilancia, cuyo blanco eran específicamente los médicos. Parecía confirmar los análisis recientes sobre las culturas de control en términos del predominio de “tecnologías de la desconfianza”, medios para monitorear y modelar el comportamiento que, de otro modo, no podría ser verificado (Power, 1997); Strathern, 2000). Si Ud. usa Close Up, decían a eventuales clientes, conocerá “lo que el doctor hace, no lo que dice que hace”. Su base de datos “Audit Pharma” podía cargarse en computadoras de mano, que los representantes consultaban mientras realizaban sus visitas en campo. Como me comentó un psiquiatra, “Te sentís como si te observara la CIA”

Pero, ¿por qué los agentes de venta necesitaban descubrir si los doctores les estaban mintiendo? Como modo de verificar si sus favores estaban realmente compensándose. Como Gabriela me dijo, “Así cuando [el doctor] dice, ‘por qué no me pagan mi viaje a la APA, si estoy recetando mucho este producto’, se puede ver si es verdad o no... porque el doctor puede decirle a todos los laboratorios que está recetando mucho cada producto. Y así conseguir muchos pasajes”. Algunas veces, la negociación entre la empresa y el médico era muy directa: ‘Doctor, si Ud. me consigue veinte recetas más por mes, lo enviaré adonde quiera ir’. Pero usualmente la interacción era más sutil – ‘¿cómo puedo ayudarlo?’ podría preguntar el visitador médico.

CONTROL DE TERRITORIO.

Los médicos no eran las únicas partes sujetas a vigilancia. Mientras los visitadores médicos investigaban la conducta de los médicos, provistos de conocimiento acerca de sus reales prácticas de prescripción, los gerentes de ventas controlaban cómo desempeñaban su función los visitadores médicos. Gabriela señaló ciertas cifras en su libro de registro de IMS y explicó:

“Esta estadística muestra la “participación en el mercado” de cada visitador médico en cada zona. De este modo, Ud. tiene un visitador médico en Santa Fe, analiza la participación en el mercado de cada producto en la zona, y así ve cómo está trabajando este visitador de zona. Ud. está haciendo lo que se llama “Control de territorio” y está viendo la rentabilidad de cada zona o cómo está trabajando cada visitador médico”.

El hecho de que el rendimiento en las ventas fuera controlado constantemente, afectaba las interacciones entre médicos y visitadores médicos. Al tratar de entablar relaciones de ‘amistad’ o, al menos, al generar obligaciones recíprocas con los médicos, los visitadores solicitaban su ayuda para incrementar las cifras de ventas en su territorio. Con esta información sobre sus propios agentes, la auditoría se transformó en una técnica reflexiva para la empresa, en una manera de dirigir la intervención, pero también en una forma de auto-modulación, dada la precaria incertidumbre del mercado. Close Up alegaba que su servicio para evaluar la productividad de los visitadores médicos, llamado “Retroalimentación”, permitía al gerente de ventas saber exactamente lo que estaba sucediendo en los distintos territorios:

“Medir la productividad en las prescripciones correspondientes a cada uno de los visitadores médicos y la de sus supervisores, tomando en cuenta las recetas emitidas por los médicos visitados. Eliminar las desviaciones de la medición de productividad según el territorio (*esto es una observación irónica en IMS*). Una medida objetiva y válida de los resultados de la promoción con los médicos visitados. La retroalimentación es el único informe técnico que permite tomar decisiones precisas a fin de identificar las oportunidades del mercado”.

¿Qué resultados tuvo determinada campaña, de muestras, información-difusión y simposios? La curva reflexiva proporcionada por la base de datos de auditoría permitió una auto-evaluación y transformación. Como Martín dijo ante los resultados desalentadores de su nueva campaña: ‘Pensábamos que creceríamos un 15% este año, y estamos llegando allí, lo estamos haciendo bastante bien’. Pero, *uno tiene que estar controlando permanentemente lo que sucede*. El ‘mercado’ —en este caso las decisiones sobre las prescripciones de 90.000 médicos del país acumuladas— era una entidad semi controlable que, por un lado, era sobre lo que se quería actuar, pero que también reaccionaba, reforzando decisiones exitosas y desechando las infructuosas. La modulación era interactiva — los vendedores de productos farmacéuticos controlaban a los médicos, pero éstos, como colectividad representada en la evolución mensual del mercado y en la inevitable curva del éxito del “ciclo-vida” de cualquier producto específico, moldeaban también las acciones de los vendedores.

LÍDERES DE OPINIÓN

Mientras que el control directo de las recetas, ayudaba a manejar las relaciones con los líderes en prescripciones con los que se podían hacer acuerdos de intercambio, se dio una serie de dinámicas más sutiles con los líderes de opinión. Negociación explícita e intercambio directo no fueron algo común de la relación entre el líder de opinión y las empresas. En realidad, podía ser contraproducente aportar cifras sobre ventas en el caso de estas relaciones. Aquí la técnica principal consistió en desarrollar relaciones de confianza. Esta tarea no fue dejada en manos de los visitantes médicos, sino que fue responsabilidad del director de ventas o del gerente de producto. El control de los datos numéricos jugó un papel en el proceso, pero de una manera más compleja. Gabriela, la joven gerente de productos SNC de una importante empresa europea, me comentó cómo decidían con quiénes establecer contactos:

“Trabajamos con médicos de alto poder prescriptivo, profesionales muy prestigiosos, que pueden establecer alguna tendencia en el uso de psicofármacos porque tienen muchos pacientes o son muy conocidos, por ejemplo, como ‘Voceros’. O bien porque tienen poder de decisión en las compras de medicamentos, por ejemplo, en hospitales, o bien, porque participan en alguna importante institución o en asociaciones psiquiátricas, de manera tal que estos médicos son los que —a través de un contacto bueno y fluido nos permiten— llevar el mensaje que necesitamos a los otros profesionales que siguen sus tendencias”.

En el caso de los líderes de opinión, no se trataba de controlar recetas, sino de desarrollar alianzas —de poder disponer de esas respetadas personalidades para seminarios, simposios o como autores de la “literatura científica” a ser difundida. El rol del líder de opinión se parecía al de un portavoz de las marcas— aunque los líderes de opinión se aliaban tradicionalmente a múltiples empresas. Había una jerarquía de líderes de opinión, y también de empresas. Los estrategas de mercado conocían tan bien como cualquiera quiénes eran los jugadores claves en el campo que de hecho podían desempeñar un rol importante si se convertían en líderes de opinión. A través de estas relaciones, las compañías fueron capaces de aliarse con expertos que imponían respeto y contaban con la confianza de otros médicos. Recíprocamente, estos expertos estaban en condiciones de consolidar su autoridad y propagar su conocimiento por medio de sus relaciones con las empresas

farmacéuticas – tal como un líder muy respetado cuyo libro sobre ‘psicofarmacología práctica’ fue patrocinado por Organon y presentado en la Universidad de Buenos Aires, por el jefe de farmacología de la empresa. Otra técnica para establecer vínculos con los líderes de opinión consistió en ofrecerles realizar experimentación clínica de ‘Fase IV’ orientada a la comercialización. Consistía en probar un medicamento ya aprobado con propósitos de promoción más que de recoger información actualizada sobre la eficacia de la droga. El ostensible estudio se traducía en un “poster” que se presentaba en un congreso científico internacional, con los gastos a cargo de la empresa. Para los médicos jóvenes, éste era un modo de comenzar a manifestarse como líder de opinión emergente, en los circuitos de la experticia.

Las empresas debían desenvolverse con suma cautela con los líderes de opinión. Un experimentado estratega de mercado me dijo que si organizaba un evento, se aseguraba de invitar a todos los principales líderes de opinión. “Si omitía a alguien, podían darse por enfadados y no recetarían su producto. Los líderes de opinión son muy susceptibles: ‘quieren sentirse importantes’”. En este sentido, las empresas multinacionales tenían una ventaja: su habilidad para vincular a los líderes de opinión local con redes de prestigiosos expertos transnacionales. Las compañías se esforzaban por desarrollar una buena reputación con respecto al buen cuidado de sus líderes de opinión. Gabriela, la gerente de producto, se refirió a los esfuerzos de su compañía en los congresos: “Si algo nos distingue es que no hacemos enormes inversiones de dinero, sino de alta calidad; estamos con ellos todo el tiempo, no se trata de invitarlos y luego, dejarlos solos. Somos *muy cuidadosos* con *respecto a la relación del médico con el laboratorio*, porque no poseemos una gran fuerza [en las ventas]”. Y los psiquiatras también se preocupaban por cómo se los atendía. En una de las reuniones editoriales de la revista de psiquiatría, dos miembros del directorio conversaron acerca de su próximo viaje a las reuniones de APA en Washington. El más joven de los dos iba a ir antes para asistir a un curso de Lilly sobre anti-psicóticos y depresión. ‘Oh, es fantástico’, expresó entusiasmado el de mayor experiencia, ‘te va a encantar el curso y te van a cuidar mucho’²⁰.

Los líderes de opinión con los que generalmente hablaba, me comentaron que nunca respaldaban un producto específico y sólo aceptaban ofertas de empresas de renombre, en cuyos productos creían. La reputación de la empresa se convirtió entonces en un medio de auto-regulación ética. En otras palabras, las empresas que deseaban unirse a los prestigiosos líderes de opinión debían mantener una reputación de idoneidad: no distribuían muestras (como lo hacían otras),

proporcionaban acceso a la información, patrocinaban estudios, ayudaban a los pacientes. Un ex-director de marketing de Janssen describió una campaña que había organizado para promocionar el antipsicótico Risperdal, que resultó premiada por una organización internacional de pacientes. Su tema era la ‘reinserción’ – un intento de ir más allá de la medicación tomando en cuenta la resocialización. Durante breves períodos, Janssen había contratado a diez pacientes de un grupo de apoyo de esquizofrénicos para realizar tareas simples, como fotocopiar. Se les pagaba pequeños salarios y luego recibían becas de formación y certificados por su trabajo. El programa mostró que estos pacientes necesitaban menos medicación, tenían menos recaídas y podían reinsertarse exitosamente en la sociedad. Más que tratarse directamente de ventas, dijo, la campaña intentaba formar la imagen de una empresa que se interesaba por la “calidad de vida” de los pacientes.

CONOCIMIENTO LOCAL

La campaña del Risperdal fue ingeniosa al percibir la importancia que revisten cuestiones tales como la reintegración social en el medio epistémico al que apuntaba la psiquiatría en la Argentina. La psiquiatría es diferente de otros campos de la biomedicina pues coexisten dentro de ella múltiples formas de *expertise*, cada una de las cuales sustenta un modelo distinto sobre la causa, sitio y modos óptimos de tratamiento del desorden mental. Mientras que en los Estados Unidos, la psiquiatría ha virado recientemente hacia una aproximación ‘neurocientífica’, que considera a la enfermedad mental como específica y localizada en el cerebro del paciente; en la Argentina las explicaciones psicoanalíticas y sociales permanecen fuertes. Como los historiadores Mariano Plotkin y Hugo Vezzetti han mostrado, la persistencia de estos modelos psicodinámicos, no solo entre los expertos sino también en la población general, se vincula a una ética y una política arraigadas en la historia social y cultural argentina del siglo XX (Vezzetti 1996; Plotkin 2001)²¹. Para muchos miembros del ‘mundo psi’ de Buenos Aires, la psiquiatría biomédica estaba asociada con la derecha política y la violenta dictadura militar 1976-1983, que perseguía a psicoanalistas y a psiquiatras sociales como ‘subversivos’ al orden moral tradicional (Feitlowitz 1998).

Podría argüirse que como resultado, en el discurso sobre la salud mental pública tendió a prevalecer una psiquiatría social crítica. Este ‘ethos’ planteaba un desafío para los vendedores de productos farmacéuticos acostumbrados a diseñar campañas en términos de niveles de serotonina y de receptores sinápticos. ¿Cómo

atraer, por ejemplo, la atención de antiguos activistas como el editor de la revista, crítico firme de la globalización, que asociaban la psiquiatría neurocientífica y la extensión del sistema de clasificación del DSM-IV con el imperialismo norteamericano? Éste decía de las ‘políticas neoliberales’: “De la misma manera que abren el mercado a productos extranjeros y liquidan al Estado, liquidan también las formas de atención hospitalaria, los criterios de formación, las instituciones de práctica, y la universidad pública como centro de producción de conocimiento”.

Aquí, podemos distinguir los diversos tipos de conocimiento acerca del mercado reunidos por los estrategas. Uno era cuantitativo, viéndolo como una grilla que evoluciona en el tiempo, exhibe tendencias, y proporciona un cuadro del mercado. Esto era lo que aportaban IMS y Close Up. Otro era local, cualitativo, surgía gradualmente de las interacciones con los médicos. Mostraba percatación del *ethos* del mercado. Esta distinción nos ayuda a responder la pregunta de por qué la foxetina genérica de Gador fue el principal antidepresivo en 1998, mientras que el Prozac de Lilly quedó muy atrás. El director de marketing de productos para el SNC de Gador se transformó en una leyenda en este campo. Sostenía que el control cuantitativo de datos sólo era necesario si todavía no se conocía el mercado. “Son ‘orientativos’, pero no son [tan] importantes.... No empleamos los instrumentos de otras compañías, porque nuestra fuerza – en el caso de las ventas – es muy diferente. Ésta es una compañía totalmente atípica” ¿En qué sentido? “En el alto promedio de edad de nuestros hombres... en cada una de sus zonas ... nuestro hombre tiene mucha estabilidad y es alguien que inspira confianza”. En otras palabras, mantener relaciones estrechas y duraderas con los médicos era una de las principales tácticas de Gador.

Dado su conocimiento del terreno, nuestro informante intuyó que, a diferencia de Estados Unidos, ilustraciones herméticas sobre la inhibición de los efectos de rebote de los neurotransmisores, podrían no ser la técnica más efectiva para popularizar psicofármacos entre los psiquiatras argentinos. A fines de los noventa, una psiquiatría social crítica se convirtió realmente en el elemento principal de la campaña de marketing de Gador, utilizando la globalización y las ansiedades que provocaba para promocionar su amplia línea de ansiolíticos y antidepresivos. Un aviso publicitario presentaba una serie de figuras sombrías que recorrían un mapa del mundo padeciendo los síntomas de la globalización: “Deterioro de las relaciones interpersonales”, “deterioro en la actividad cotidiana”, “exigencias y amenazas impredecibles”, “sufrimiento personal y familiar”, “pérdida del rol social”, “pérdida de la productividad”. La explícita articulación de los fármacos de Gador como medio para aliviar el sufrimiento social muestra cómo la medicación puede operar

de diferentes modos según el medio en que se usa²².

Pregunté al gerente de Gador cómo se le había ocurrido la campaña “Globalización”: “Mientras Gador estaba reuniendo moléculas, de alguna manera, el trabajo consistía en establecer claramente los nichos a los cuales cada una de estas moléculas se dirigía y, en tal sentido, la globalización en tanto concepto cultural es demasiado fuerte como para no usarlo”. Me contó sobre la próxima fase de la campaña: “Justo ahora que estamos en una etapa ulterior, nos dimos cuenta de que la audiencia médica e incluso los consumidores son plenamente conscientes de que la globalización ocasiona todos estos problemas, y estamos en una campaña que, en la próxima etapa, se referirá a la *vulnerabilidad*”. Otro gerente de producción reparó en lo apropiado de la elección de esta palabra, señalando su aproximación temática a una popular serie de la televisión argentina, titulada *Los Vulnerables* y que se refiere a un grupo ecléctico de pacientes involucrados en una terapia grupal. El puntapié inicial de la campaña “Vulnerabilidad” fue un Simposio realizado en octubre de 2000, titulado “Stress, ansiedad y depresión: una secuencia clínica progresiva”, que contó con la participación de un importante número de líderes de opinión a nivel nacional. Entre los organizadores del Simposio estaba el editor de la revista de psiquiatría antes mencionado; Gador había triunfado donde Lilly había fracasado, aproximándose a los líderes de opinión en su propio terreno.

LA REGULACIÓN DE LA ESPECIFICIDAD

El caso argentino tiene implicaciones más generales para la cuestión de la relación entre la expansión del diagnóstico de la depresión en el Norte y el marketing de los SSIR como “antidepresivos”. En el Norte, la inespecificidad de la acción de los antidepresivos en combinación con un sistema médico estructurado por el paradigma de la especificidad, ha llevado a la expansión del diagnóstico de depresión, tanto como a la autoidentificación como deprimido. Afirma Borch-Jacobsen (2000): “Si la depresión se ha extendido como lo ha hecho, es porque es sobre eso que tiene efecto el antidepresivo”. Pero mientras los antidepresivos “reclutan” pacientes depresivos en los Estados Unidos, las ventas de los SSIR en la Argentina prosperaban sin un notable aumento de la “depresión” como entidad de diagnóstico y como modo de autoidentificación. El ingrediente faltante para el crecimiento de la categoría biomédica de depresión en la Argentina no fue el marketing farmacéutico sino entidades de regulación —el Estado y terceros paga-

dores— que demandaran especificidad del efecto para autorizar el uso de fármacos.

En los Estados Unidos y Europa, las exigencias regulatorias y profesionales en el sentido de que la medicación tenga como blanco una enfermedad específicamente localizada en el cerebro, dio forma al marketing de la “depresión” biomédica como aquella que los antidepresivos se proponen tratar. Por su parte, en la Argentina, los nuevos SSIR no necesitaron de la depresión para circular. Sin el imperativo de diagnosticar una enfermedad específica, el diagnóstico de la depresión no se extendió. Así tuvo lugar un conjunto de intensas operaciones y dinámicas para la circulación y distribución de fármacos —y el uso de los SSIR se extendió notablemente— pero esto pudo darse en cierto modo con independencia de la expansión de una psiquiatría biomedicalizada y de la categoría diagnóstica de depresión. Los SSIR encontraron modos diferentes de entrar en un mercado profesionalmente mediado: los médicos los interpretaron y usaron no como un tratamiento para la carencia de serotonina en el cerebro, sino como medio para tratar los sufrimientos causados por la situación social —el sentimiento de inseguridad y vulnerabilidad que la reciente crisis económica y política había traído.

Quiero agradecer a Mireille Abelin, Stephen Collier, Jean Comaroff, Joe Dumit, Jeremy Greene, William Mazzarella, John Skrentny, y a los dos lectores anónimos de *Estudios Sociales de la ciencia*, por sus valiosos comentarios sobre las primeras versiones de este artículo.

Agradezco además, a muchos médicos argentinos, funcionarios de salud y empleados de la industria farmacéutica que aceptaron participar en esta investigación. Los datos provienen de entrevistas grabadas en castellano en Buenos Aires en julio y agosto de 2001, y de un trabajo de campo previo en 1998 y 1999. Los nombres de los informantes son seudónimos.

NOTAS:

¹ El artículo también cita cifras de una investigación de mercado de la firma de salud IMS: “las ventas totales de prescripciones de medicamentos disminuyeron en el último año en un 5.63%. Pero este número no es el mismo para todos los medicamentos. Las ventas de ansiolíticos crecieron 3.86% y las de los destinados a las afecciones cardíacas aumentaron 1.31%. Estos datos no parecen ser una coincidencia”.

- ² El dato proviene de cifras de ventas mensuales de IMS salud.
- ³ Para el tema de la centralidad del modelo “de especificidad” de biomedicina contemporánea, véase Rosemberg (de próxima edición). Para la historia de la regulación de drogas en los EUA, ver Marks (1997).
- ⁴ Debe notarse que no hay datos epidemiológicos que avalen la actual prevalencia de la “depresión” en la Argentina. Esto puede explicarse en parte por la falta de una obligación en la práctica clínica de nombrar específicamente una determinada enfermedad a los fines de prescribir una medicación potencialmente útil. La única información estadística relevante proviene de los registros de ventas farmacéuticas, que es rastreada por firmas auditoras como IMS. Mi argumento de que entre los profesionales la depresión no era una categoría especialmente predominante en salud mental – no para el público en general– se basa en mi investigación de campo en el *mundo-psi* de Buenos Aires realizada en 1998-1999 y 2001. Para algunos profesionales, intentar que sus colegas tomaran conciencia de la enfermedad constituía una tarea importante.
- ⁵ Luego describo esta campaña con más detalle.
- ⁶ Agradezco a Nikolas Rose por obtener y compartir este dato tan valioso.
- ⁷ Datos no oficiales: en un período de dos años y medio, las ventas de Paxil han subido de una ganancia anual de 6.2 a 11.5 millones de pesos. Las ventas por unidad de paroxetina y sertralina también aumentaron marcadamente.
- ⁸ Martin Hopenhayn (2001) proporciona un informe de este proceso desde la perspectiva de los intelectuales y analistas de políticas latinoamericanos.
- ⁹ A pesar de lo extremo de las medidas de reforma, el estado de bienestar argentino no fue completamente destruido. En realidad, el gasto en salud per capita (el 40% del cual es público) se incrementó en un 50% desde 1990 hasta 1999 y, a partir de 2001 fue un 10% del PBI. En 1999, se invirtió en fármacos aproximadamente una cuarta parte del presupuesto– 6.000 millones de pesos. Los gastos en salud per capita fueron de \$827 hasta \$1291 en este período, según las unidades de cálculo estandarizadas del Banco Mundial. (Banco Mundial, 1997). Ver también la Organización Mundial de la Salud (2001a). En 2000 el PBI argentino fue de \$285 mil millones de pesos.
- ¹⁰ El informe presentado por el grupo *lobbyista* PhRMA afirma – como parte del caso estadounidense planteado contra Argentina ante la OMC (Organización Mundial de Comercio): ‘Argentina es ampliamente reconocida como la peor

expropiadora de los inventos farmacéuticos de Estados Unidos en el hemisferio occidental, donde las firmas nacionales dominan más del 50% del mercado farmacéutico actualmente estimado en casi 4.1 mil millones de dólares. Una pérdida sustancial y constante de la participación en el mercado, del orden de cientos de millones de dólares, puede atribuirse directamente al defectuoso régimen de propiedad intelectual en Argentina'. <http://www.phrma.org>. Acceso: abril de 2001.

¹¹ Para lecturas antropológicas recientes acerca de la relación entre dones y mercancías véase Appadarai (1986) y Thomas (1991).

¹² Como Steven Shapin (1994) ha mostrado, el conocimiento científico se ha sustentado en relaciones de confianza y de autoridad social aprobada, desde los comienzos de lo que llegó a conocerse como “revolución científica”.

¹³ Los datos numéricos sobre ventas que manejan los visitantes médicos provienen de la unión de *agentes de propaganda médica* (APM). Su sitio web muestra en un dibujo animado a un agente que corre con un maletín y puede encontrarse en <http://www.apm.org.ar>. Acceso: abril de 2002.

¹⁴ IMS HEALTH: <http://www.imshealth.com>. Acceso: diciembre de 2001.

¹⁵ Como señala la Organización Panamericana de Salud sobre la Argentina, “la información sobre la prevalencia de las enfermedades mentales es muy escasa” (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Respecto a los gastos, la Organización Mundial de la Salud (2001a:148) en su “Átlas” sobre salud mental a nivel global anota sobre la Argentina: “No se dispone de datos detallados sobre gastos en salud mental”.

¹⁶ Ian Hacking (1990) describe “la avalancha de números impresos” producidos por los estados nacionales desde los inicios de la era napoleónica.

¹⁷ Para la historia del uso de medidas “territoriales” por parte de las gerencias de ventas, véase Spears (1995).

¹⁸ Describo esta dinámica con más detalles en Lakoff próximo a aparecer.

¹⁹ Michel Callon (1998) ha enfatizado el rol central que juegan en marketing herramientas que van desde la contabilidad hasta el juego a la hora de organizar la estructura de los mercados.

²⁰ El curso formó parte de los esfuerzos de Lilly por promocionar a Zyprexa como Prozac sin patente.

²¹ Para el caso estadounidense, véase Luhmann (2000).

²² Van der Geest et al. (1996:166), afirman en su estudio sobre la antropología de los fármacos lo siguiente: “A los fármacos con frecuencia se les asignan nuevos roles en otros sistemas de conocimiento y se los usa de una manera muy diferente a aquella para la cual fueron pensados en el ‘régimen de valor’ donde se los produjo”.

BIBLIOGRAFÍA

Appadurai, Arjun (1996). *The Social Life of Things*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1986).

‘Los Argentinos se sienten devaluados,’ *BBC online* , January 24, 2002.

Arie, Sophie (2001). ‘Argentina Hits Rock Bottom’. *The Observer*. December 9, 2001.

Barry, Andrew, Thomas Osborne & Nikolas Rose (eds.) (1996). *Foucault and Political Reason: liberalism, neo-liberalism and the rationalities of government*. (Chicago: The University of Chicago Press).

Borch-Jakobsen, Mikkel (2002). ‘Prozac Notion’. En *London Review of Books*. July 9, 2002.

Callon, Michel (1998). *The Laws of the Markets*. (Oxford: Blackwell).

Cecchi, Horacio (2001). ‘Una noticia para Comerse las uñas’. *Página 12*. 16 August 2001.

‘El Consumo de Tranquilizantes creció entre un 8 y un 9 por ciento’. *Clarín*. 2001 3 October.

Dana, Jason & George Loewenstein (2003). ‘A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry’. *Journal of the American Medicine Association* 290: 2 (9 July 2003).

Deleuze, Gilles (1995). ‘Post-Script on Control Societies’. En *Negotiations* (New York: Columbia University Press).

Ehrenberg, Alain (1998). *La Fatigue d’Être Soi: Dépression et Société*. (Paris: Editions Odile Jacob).

- Feitlowitz, Margarite (1998). *A Lexicon of Terror: Argentina and the Legacies of Torture*. (New York: Oxford University Press).
- Foucault, Michel (2000). "‘Omnes et Singulatim’: Toward a Critique of Political Reason". En Foucault, *Power*, ed. James Faubion, (New York: The New Press, 2000).
- Fundacion Isalud (1999). 'El Mercado de Medicamentos en la Argentina'. *Estudios de la Economia Real*, no. 13.(Buenos Aires:Fundacion ISALUD).
- Gattari, Miriam, Susana Scarpatti, Inés Bignone, Ricardo Bolaños, & Ulises Romeo (2001). 'Estudio de utilizacion de ansioliticos y antidepresivos en cuatro entidades de la seguridad social de la Argentina, periodo 1997-2000'. (manuscrito inedito).
- Hacking, Ian (1990). *The Taming of Chance*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Healy, David (1997). *The Antidepressant Era*. (Cambridge, MA: Harvard University Press).
- Healy, David (2001). 'The dilemmas posed by new and fashionable treatments'. *Advances in Psychiatric Treatment* 7: 322-327.
- Hopenhayn, Martin (2001). *No Apocalypse, No Integration: Modernism and Postmodernism in Latin America*. (Durham: Duke University Press).
- Lakoff, Andrew (de próxima edición). *Pharmaceutical Reason: Technology and the Human at the Modern Periphery*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Luhrmann, Tanya (2000). *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. (New York: Knopf).
- Marks, Harry (1997). *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Palomar, Jorge (1996). 'El Ranking de los Remedios'. *La Nacion On Line*. <http://www.lanacion.com>.
- Pan American Health Organization (1998). *Health in the Americas* (Washington, D.C.: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization).

- Plotkin, Mariano (2001). *Freud in the Pampas: the emergence and development of a psychoanalytic culture in Argentina*. (Stanford: Stanford University Press).
- Power, Michael (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. (Oxford: Oxford University Press).
- Rabinow, Paul (1996). *French Modern: Norms and Forms of the Social Environment*. (Chicago: University of Chicago Press).
- Rose, Nikolas (1996). 'The Death of the Social? Refiguring the Territory of Government'. *Economy and Society* 25:3.
- Rose, Nikolas (1999). *Powers of Freedom*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Rosenberg, Charles (de próxima edición). 'The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience'. En Judith Sealander, ed. *Health in America: The Past One Hundred Years*. (Berkeley: University of California Press).
- Sabel, Charles (1997). 'Constitutional Orders: Trust Building and Response to Change'. En *Contemporary Capitalism: The Embeddedness of Institutions*. J. R. Hollingsworth and R. Boyer, eds. (Cambridge: Cambridge University Press)
- Shapin, Steven (1994). *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth Century England*. (Chicago: The University of Chicago Press).
- Sikkink, Kathryn (1991). *Ideas and Institutions: Developmentalism in Brazil and Argentina*. (Ithaca: Cornell University Press).
- Spears, Timothy (1995). *100 Years on the Road: Traveling Salesmen in American Culture*. (New Haven: Yale University Press).
- Strathern, Marilyn (ed.) (2000). *Audit Cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. (London: Routledge).
- Thomas, Nicholas (1991). *Entangled Objects: Exchange, Material Culture, and Colonialism in the Pacific*. (Cambridge: Harvard University Press).
- Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte & Anita Hardon (1996). 'The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographic Approach'. *Annual Review of Anthropology* 25.

- Vezzetti, Hugo (1996). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*. (Buenos Aires: Paidós).
- Waisman, Carlos (1987). *Reversal of Development in Argentina: Postwar Counterrevolutionary Policies and Their Structural Consequences*. (Princeton: Princeton University Press).
- World Bank (1997). *'Health, Nutrition and Population'*. (Washington, D.C.: Human Development Network of the World Bank Group).
- World Health Organization (2001a). *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources in the World*. (Geneva: World Health Organization).
- World Health Organization (2001b). *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. (Geneva: World Health Organization).