

# ASPECTOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

Un médico general atiende en su consulta del ambulatorio treinta, cuarenta o sesenta pacientes en un tiempo no superior a dos horas. No más de dos o tres minutos por paciente. No existe posibilidad material para un auténtico acto médico, el paciente lo sabe, también el médico. La receta aparece entonces como el elemento mágico que romperá la tensión de esta situación absurda. Instrumento de defensa para el médico, sensación de haber obtenido algo "por lo que paga" para el paciente. Detrás de todo, un beneficiario: la industria farmacéutica; un responsable, el caos de la sanidad en España.

Las grandes inversiones que requiere la investigación les resultan rentables, pues sirven a todas estas áreas. ¿qué lejos queda de este planteamiento la pequeña industria nacional! Otra cosa sería el área pública de la economía enfocando el problema, ¿pero...?

se las filiales a adquirirlos, empaquetarlos y distribuirlos.

3. La multinacional escapa en gran medida a la jurisdicción del país y a sus mecanismos de control. En un país con mecanismos de protección sanitarios e industriales mucho más desarrollados que el

Si hay una población sanitariamente educada, una legislación adecuada, la automedicación disminuye. Pero es que, además, la sanidad no es una cuestión aislable de la política general del país, que es la determinante de seguir o no, una línea coherente en defensa de los intereses nacionales (sanitarios y económicos) frente al leviatán de las multinacionales de plantear o no una área pública de la economía dedicada a la industria química y farmacéutica, como planteara el programa de gobierno de la izquierda unida francesa o el plan de nacionalizaciones del partido laborista inglés.

## Carlos Borasteros

Resumiendo, no se puede concebir a la industria farmacéutica como una actividad aislada dedicada exclusivamente a la fabricación de medicinas, como se da en España, sino como una parte de la industria química global. Por otra parte hay que tener en cuenta que

nuestro como es Inglaterra, son muy recientes las tremendas dificultades del National Health Service para enfrentarse a la poderosa Roche, a propósito del conocido preparado "Valium". Argumentaba la Roche precisamente gastos en investigación.

### III

En España, frente a las multinacionales con buen campo de maniobra, una industria nacional minifundista y las disposiciones administrativas que perpetúan esta situación. A la cabeza de todas el exótico **Registro de Especialidades**, que permite ni más ni menos el registrar el mismo preparado varias veces, eso sí, cambiando el precio, con lo cual otra disposición que no permite la elevación de los precios de los productos farmacéuticos sin autorización de la Administración queda en agua de borrajas.

Los dos órganos de la Administración del Estado que más papel juegan en la regulación del sector son el INP y la Dirección General de Sanidad, también tienen una intervención, aunque menor, el Ministerio de Industria, la Organización Sindical, el Ministerio de Comercio y la Presidencia del Gobierno, todos ellos representados en la Junta de Especialidades Farmacéuticas.

La Dirección General de Sanidad puede controlar los laboratorios, los registros, los precios y la calidad. El INP, auténtico monopolio de demanda, negocia directamente con la industria farmacéutica los descuentos que ésta le concede. Actualmente, con la libre dispensación de medicamentos por los médicos del INP y con la mayoría de la población española asegurada, no cabe duda de que el Instituto Nacional de Previsión es el principal determinante de la demanda de productos farmacéuticos.

El Ministerio de Industria posee la Subdirección General de Indus-

Toda actividad empresarial en un sistema de economía de mercado se aplica a la obtención de beneficios y naturalmente la industria farmacéutica no iba a ser la excepción. Los beneficios van a estar en función de los costes de producción y promoción del producto, de las características del mercado y de los mecanismos reguladores que la sociedad establezca en relación a ese producto determinado.

En este caso, el producto es un fármaco, directamente relacionado con la salud y de cuya calidad y/o consumo inapropiado pueden derivarse serias e irreversibles consecuencias. Es lógico pensar por tanto que la sociedad establezca estrictos mecanismos de regulación de la actividad farmacéutica, volveremos más adelante sobre la efectividad real de esos mecanismos en nuestro país.

Entre los costes de producción de la industria farmacéutica sin duda la investigación es un capítulo de primer orden. ¿Pero dónde se investiga? ¿Acaso en España? Una de las características del sector es la de estar controlado por grandes empresas multinacionales que realizan la investigación en sus países de origen, mientras la industria nacional es minifundista, sin posibilidades reales de una investigación seria. Además las grandes multinacionales de la industria farmacéutica, no lo son sólo de ella, sino también de la química, los plásticos, la alimentación, etc., etc.



La afiliación de la mayor parte de la población española a la Seguridad Social hace del INP el principal motor de la industria farmacéutica.

la investigación ya no consiste en el descubrimiento glorioso del genio individual (la penicilina, la insulina...), sino en el trabajo paciente y lento sobre lo ya existente en grandes departamentos multidisciplinarios de muy alto coste.

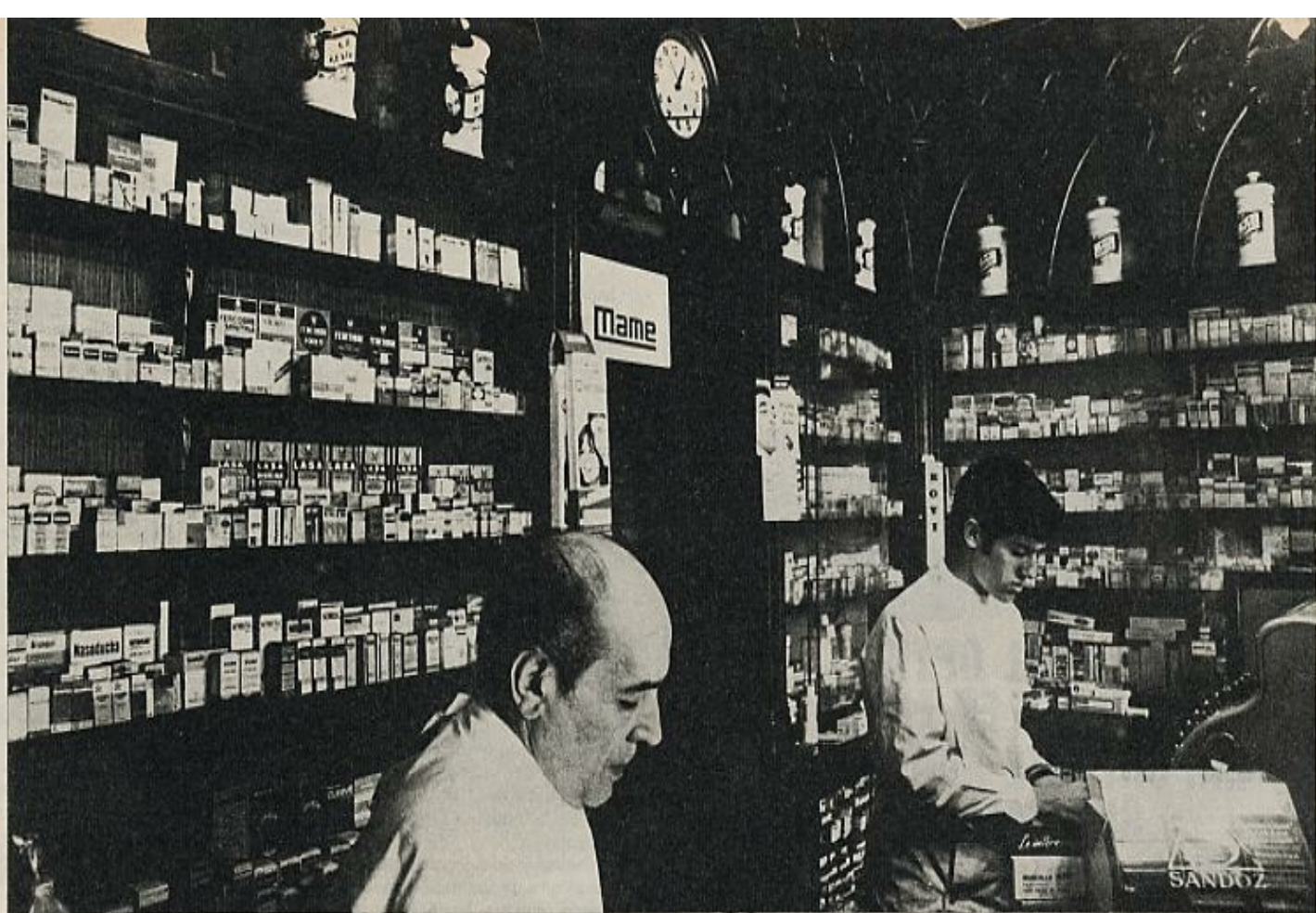
Los resultados del control de sector por las multinacionales resulta en:

1. La investigación se realiza en la central y no en los países filiales.
2. Los principios activos son fabricados en la central, limitándo-

### II

La situación que vivimos actualmente en España es la de un verdadero "boom" de ventas para la industria farmacéutica, y ello mucho más allá de lo necesario para la salud. El hecho es que aparte de los defectos estructurales del sector, el problema de la industria farmacéutica no es aislable del de la sanidad en su conjunto.

Si hay médicos suficientes, con tiempo para ver a sus pacientes y con buen nivel profesional, no cabe duda de que el escandaloso número de recetas inútiles disminuye.



La situación que vivimos actualmente en España es la de un verdadero "boom" de ventas para la industria farmacéutica.

trias Farmacéuticas, que en 1973 decretaba dimensiones mínimas para las empresas fabricantes de antibióticos, en uno de los pocos intentos frente al ridículo minifundismo del sector.

Más de tres Ministerios se ocupan del tema en ocasiones en for-

ma contradictoria. ¿Para qué volver a repetir "ad infinitum" la necesidad de un Ministerio de Sanidad?

#### IV

¿Qué hay que hacer para abrir un laboratorio en España?

a) Debe ser aprobado por la

Dirección General de Sanidad, así como los preparados a fabricar.

b) Las unidades de fabricación han de reunir determinadas características.

c) Existe un régimen de incompatibilidades en la gestión del laboratorio (médicos, funcionarios...).

d) La Dirección General de Sanidad tiene potestad de control por medio de su servicio de Inspección.

¿Qué hay que hacer para poner la medicina a la venta?

Inscribirla en el Registro de Especialidades Farmacéuticas.

¿Con qué condiciones?

No hay condiciones previas determinadas para hacer de cualquier producto una especialidad farmacéutica. Contra la entrega de una documentación: Instancia, memoria farmacológica, analítica y económica. El Registro estudia el preparado; el laboratorio, un Informe no vinculante del INP y el dictamen del precio, autorizando o no la "nueva medicina". El que ya exista otro preparado similar o igual en el mercado no es motivo para no autorizarlo, el que simplemente no sirva para nada (útil para la salud se entiende), por lo visto tampoco es criterio para no autorizarlo. El firmante de este artículo se compromete a ofrecer una larga lista de preparados absolutamente inútiles. ¿Criterios amplios del registro o falta de criterios? La verdad es que no hay que inventar nada; como ejemplo, la Food and drugs administration de los EE. UU. está ahí.

Hemos dicho antes que un mismo producto, con ligeras variantes, puede inscribirse varias veces en el Registro de Especialidades, y cada inscripción supone un nuevo precio, naturalmente más elevado. ¿De qué sirven, entonces, los precios fijos determinados por la Administración?

#### V. LOS DETERMINANTES DEL PRECIO

Los precios se determinan según un coste total que incluye: Materias primas, materiales de acondicionamiento, mano de obra directa y gastos generales. La materia prima es valorada por el laboratorio, si éste es una multinacional y no la ha fabricado en España, las posibilidades de la Administración de discutir su precio son pequeñas. Respecto a los beneficios de la industria farmacéutica y de los distribuidores (almacén y farmacia) solo citar los escalofrantes números sin ningún comentario.

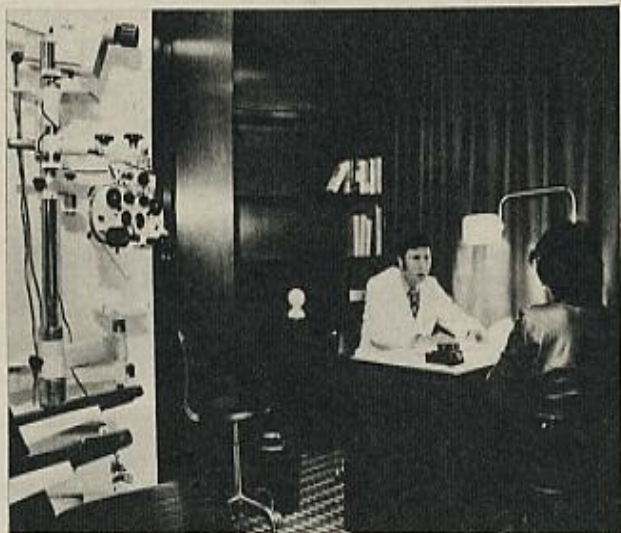
Al coste total del medicamento se suman los beneficios del laboratorio, el almacén y la farmacia para obtener el precio de venta al público.

**Laboratorio.**—15 por 100 sobre el coste total.

**Almacén.**—12 por 100 del precio de venta en almacén.

**Farmacia.**—30 por 100 del PVP para los medicamentos hasta 150 pesetas. Hasta 500 pesetas, 30 por 100 sobre las primeras 150, 20 por 100 sobre el resto.





## GENERAL OPTICA, PRESENTE EN EL MAS IMPORTANTE SIMPOSIUM SUDAMERICANO DE LENTES DE CONTACTO

**Declaraciones de don Francisco González Sibaja,  
director de Contactología de GENERAL OPTICA**

Se celebró en Buenos Aires esta magna manifestación científica con la presencia de las máximas autoridades europeas y americanas en la materia.

General Optica estuvo presente en este Simposium Corneal, destacando su labor ejecutiva y presidencial.

Don Francisco González Sibaja, director de Contactología de General Optica, invitado por la Sociedad Argentina de Contactología y el Centro Sudamericano de Investigación sobre Lentes de Contacto, representó a la misma firma y con él nos entrevistamos en Centro 1, establecimiento recientemente inaugurado por General Optica en Barcelona, plaza de Calvo Sotelo, 10, esquina a Urgel, y especializado exclusivamente en la investigación y adaptación de lentes de contacto.

—¿Cuáles han sido, a su juicio, las innovaciones más interesantes?

—Han sido varias, pero las más interesantes radican en los nuevos métodos de asepsia química, que representan una notable agilización en los procedimientos actuales de esterilización de las lentes de contacto blandas, suprimiendo molestas operaciones de hervido, dejando las lentes, en un plazo inferior a media hora, en condiciones de ser usadas con absoluta garantía de higiene. Esperamos poner en breve a disposición de nuestra clientela este nuevo procedimiento. Otra novedad estriba en una lente blanda cuya finalidad no es correctora, sino puramente terapéutica, utilizada en la curación de determinadas afecciones corneales y que ya está a la disposición de los señores médicos oftalmólogos que, lo requieran para los casos que a su criterio lo estimen conveniente.

—Tenemos noticias de que posteriormente visitó usted otros países.

—Así es, más tarde viajé a Brasil y a Estados Unidos, donde he mantenido contactos con diversas personalidades vinculadas a la Contactología de estos países. Me cabe la satisfacción de hacer público el alto nivel que nuestro país goza en materia de lentes de contacto y, en especial, el prestigio internacional de General Optica logrado por su especializado servicio y calidad.

—Por último, ¿qué puede decirnos sobre la lente de uso permanente?

—Bueno, realmente llevamos algo más de un año investigando este tipo de lente, pero dada su especial estructura no es posible colocarla hoy de una forma masiva, como quisiéramos todos los contactólogos del mundo. Por tanto, su utilización está muy restringida en función de las limitaciones que por ahora esta lente posee.

**Agradecemos a General Optica y a don Francisco González Sibaja su amabilidad en recibirnos y su gentileza en contestar a nuestras preguntas y les deseamos muchos éxitos en pro de la Contactología española.**

## ASPECTOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

Medicamentos de más de 500 pesetas, 30 por 100 sobre las primeras 150, 20 por 100 de las 200 siguientes y 15 por 100 sobre el resto.

Como ejemplo para una medicina de 150 pesetas de PVP la participación del beneficio en el precio es del 46,43 por 100. Sin comentarios.

### VI. EL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION ES EL GRAN APARATO DE CONSUMO

Como ya quedó dicho, la mayor parte de la población española está acogida a la Seguridad Social, lo que, sumado al principio de libre dispensación de medicamentos y a la peculiaridad de la asistencia sanitaria, hace del INP el principal motor de la industria farmacéutica en España.

Prescindiendo del consumo más racional que de los medicamentos se hace en los hospitales, con mayor nivel profesional, control del consumo, no desperdicio de sobrantes, etc., etc. La gran masa de las ventas del sector son las recetas que masivamente salen de los ambulatorios, como resultado del encuentro por dos o tres minutos del paciente y el médico.

Yo querría aquí detenerme sobre el pomposo principio de libre dispensación, que sumado al Registro de Especialidades, supone patente de corso para la industria farmacéutica y plantear los puntos mínimos de una utópica alternativa:

Primer supuesto. (No existe una gran industria química y farmacéutica nacional controlada por el área pública de la economía.)

a) El INP reestructura su asistencia ambulatoria dotándola adecuadamente de personal y medios. Por otra parte se procede a la sectorización, adscribiendo los ambulatorios a hospitales, en lo asistencial y en lo que a la promoción científica y puesta al día de los médicos de ambulatorio se refiere. En el medio rural, esto supone la puesta en marcha de hospitales comarcales que sean la base de la sectorización.

b) El INP crea un comité de expertos, con solvencia científica y credibilidad, que sobre los datos estadísticos de la patología en nuestro país elabore unas recomendaciones terapéuticas.

c) Dichas recomendaciones deben ser presentadas a los médicos y discutidas con ellos para su aprobación definitiva. Es claro que si bien nunca llegarán a poseer un poder vinculante, una gran parte de los médicos se identificará con las

pautas de tratamiento, si la etapa de discusión del tema con ellos se realiza correctamente, dejando claro lo que representa en tanto en cuanto avance en la racionalidad científica de la asistencia y en cuanto defensa de los intereses económicos nacionales.

d) Con ello el INP poseería una relación de los preparados que van a ser los de más frecuente uso, sobre una base racional. A continuación se abriría un concurso con la industria farmacéutica, aceptando sólo los productos de calidad comprobada y determinada por los expertos del INP y a un precio negociado desde la posición ventajosa de un auténtico monopolio de demanda.

e) Puesta en marcha de una campaña dedicada a la población, informando sobre los peligros de la automedicación, acompañada de un severo control sobre las prácticas de venta sin receta en las farmacias. Se debe terminar con el intrusismo médico de las farmacias, con la escena habitual de la madre que se dirige directamente a la farmacia a preguntar qué da a su niño para el catarro y sale pertrechada con una mezcla de los más tóxicos antibióticos en forma de supositorios.

f) Supresión de los intermediarios y de sus beneficios, surtiendo la industria farmacéutica directamente al INP, lo que además suprime las partidas del costo referentes a envases y da la posibilidad de que el médico específico en su receta cuánta medicación precisa el paciente, lo que evitaría el desperdicio de sobrantes de envases con preparación "standard". Oficinas de despacho del INP entregarían la medicación directamente al asegurado contra la receta.

g) Renegociación sobre toda la base previa expuesta de los descuentos que la industria farmacéutica concede al INP. Actualmente, esos descuentos son para los laboratorios entre un 5,76 por 100 y un 7 por 100. Respecto a los distribuidores, de un 2,80 por 100 para el mayorista y entre un 10 por ciento y un 11 por 100 para las farmacias.

h) Veamos qué tipo de ahorro pudiera suponer la puesta en marcha de un mecanismo de este tipo:

Recordemos que para un medicamento con PVP de 150 pesetas, la participación del beneficio era de un 46 por 100, de él un 30 por ciento para la farmacia, beneficio que pura y simplemente debe desaparecer; en lo referente al almacén ocurre exactamente lo mismo. El 15 por 100 de beneficio del laboratorio sobre el coste total debe disminuir, aun contando ya con la reducción entre un 5,7 por ciento y un 7 por 100 que sobre el precio de venta al público se efectúa ya, las razones para ello serían:

1.ª La renegociación de ese

descuento desde una posición de fuerza de la Administración.

2.ª La disminución del coste total al disminuir los gastos en envases y lo que es más importante en publicidad, tema este que merece capítulo aparte.

En resumen, una disminución del gasto en farmacia de no menos del 35 por 100.

El segundo supuesto sería la consecuencia lógica del desarrollo total del primero y consiste en la puesta en marcha de una importante área pública de la economía, dedicada a la industria farmacéutica (en el contexto de la química) que cubriera en la mayor parte de lo posible las necesidades de la sanidad nacional. Su volumen podría convertirla en un auténtico motor del avance de la investigación y la tecnología nacionales en este sector.

Ni que decir tiene que el pago de royalties y la necesidad de importaciones disminuirían notablemente.

En cualquier caso, y mientras esta segunda etapa no fuera cubierta, se debería proceder a un estricto control sobre los beneficios de las multinacionales, obligándolas a invertir parte de ellos en el país y particularmente en investigación de auténtico nivel en áreas de interés para la sanidad nacional.

## VII. EL PROBLEMA DE LA PUBLICIDAD

El producto farmacéutico necesita de la colaboración de un imprescindible "intermediario", el médico. A él está dirigido el bombardeo incesante de la publicidad de la industria farmacéutica, que acude a todos los medios a su alcance, a título de muestra:

- Comisiones sobre las recetas.
- Publicidad que falsea la verdad sobre el preparado, atribuyéndole todo tipo de efectos curativos.
- Regalos de todo tipo a los médicos (su valor está en función de su prestigio profesional o docente).
- Pago de viajes, comidas, reuniones, etcétera, etcétera.
- Ataques publicitarios a los preparados de otros laboratorios.

Se puede estimar que los costes de promoción del producto están alrededor del 20 por 100 del coste de producción!

## VIII. ALGUNOS DATOS SOBRE LA ESTRUCTURA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN ESPAÑA

El crecimiento de la industria farmacéutica en España ha sido progresivo y acelerado, superando al de los sectores químico e industrial. Sin embargo, el desfase entre la industria farmacéutica y la química que debe de sustentarla continúa, por alguna de las razones ya

expuestas, produciéndose más "medicinas" que productos farmacéuticos de base (fármacos).

Sin embargo, la producción de materias primas en España es muy baja, no cubriendo ni de lejos la

### INDICES DE PRODUCCION.—Base 100 para 1962.

	1964	1966	1968	1970
Indice general industrial .....	128	160	181	230
Industria química .....	137	188	246	338
Industria farmacéutica .....	154	237	275	443
- productos básicos .....	123	174	126	293
- especialidades .....	159	245	294	462

(Del anuario estadístico del Instituto Nacional de Estadística.)

Esta deficiente infraestructura de la industria químico-farmacéutica es aún si cabe más inapropiada si se tiene en cuenta que España ocupa el octavo lugar del mundo por su volumen de producción:

### PRODUCCION POR PAISES (10ª dólares)

	1970
Alemania .....	1.723
Austria .....	55
Bélgica .....	166
Dinamarca .....	60
Finlandia .....	34
Francia .....	1.292
Italia .....	752
Holanda y Luxemburgo ...	240
Portugal .....	78
Inglaterra .....	748
Suecia .....	97
Canadá .....	344
USA .....	7.000
Japón .....	2.824
ESPAÑA .....	545

(Del informe sobre la industria química de la OCDE, 1972.)

demanda interior para la fabricación de especialidades, que se satisface con la importación. Esta es la principal deficiencia infraestructural facilitadora de las actividades de las compañías multinacionales, limitándose las filiales al envasado, la distribución y la venta.

### TABLA DE PRODUCCION DE PRODUCTOS POR MATERIA PRIMA Y ESPECIALIDADES (10ª PESETAS)

		%
Productos básicos ....	3.579.214	11,1
Especialidades .....	28.653.011	88,9
TOTAL ...	32.232.225	100

Para el año 1970. De las estadísticas de producción industrial del Servicio Sindical de Estadística.

Aunque los laboratorios españoles que fabrican sus materias primas son escasos, sin embargo existen algunos (Antibióticos, S. A., CEPA, Juste...):

Veamos ahora cómo se distribuye la producción de especialidades farmacéuticas por grupos terapéuticos:

	%
Especialidades humanas ..	93,4
Analgésicos .....	4
Antiácidos .....	2,2
Antianémicos .....	3,3
Antibióticos .....	23,4
Antirreumáticos .....	2,5
Antitusígenos .....	2,4
Atarácicos y tranquilizantes .....	1,8
Biológicos alérgicos ...	1,9
Cardiovasculares .....	2,5
Dermatológicos .....	3,2
Dietéticos .....	1,8
Hormonales .....	3,8
Tónicos y reconstituyentes .....	2,5
Vitamínicos .....	6,1
Otros .....	32
Especialidades veterinarias	3,3
Productos correctores de piensos .....	3,3
TOTAL .....	100

Para el año 1970. Datos del Servicio Sindical de Estadística.

Merece la pena el comentar que productos como los antianémicos, tónicos y reconstituyentes constituyen el 5,8 por 100 de la producción, lo que no requiere más comentario, que sumados a los analgésicos, los productos dietéticos y los antiácidos son alrededor del 15 por 100 de la producción global. Es un excelente indicador del volumen de la automedicación y el consumo de medicación inútil.

La siguiente tabla resume la distribución de los costes de producción de la industria farmacéutica en porcentaje sobre el total de la producción y está tomado también del Servicio Sindical de Estadística, para el año 1970.



Las grandes multinacionales colonizan nuestro mercado farmacéutico y frustran posibilidades reales de una investigación seria a nivel nacional.

# NOTICIA ECONOMICA

**" EN EL SECTOR DE VERMOUTHS Y  
APERITIVOS SE PRODUCE UN CAMBIO  
FUNDAMENTAL EN LA CABECERA,  
QUE PASA A OCUPAR CINZANO..... "**

## Bebidas

EMPRESA		1973				1974				% Variación de 1974/73		
Nº DE ORDEN		INGRESOS		PLANTILLA 31.12		INGRESOS		PLANTILLA 31.12		INGRESOS	PLANTILLA	
1973	1974	Miliones Ptas.	%	Personas	%	Miliones Ptas.	%	Personas	%			
1	1	COCA COLA DE ESPAÑA	4.700,0	9,3	4.700	19,0	5.900,0	9,1	4.900	17,1	25,5	4,3
3	2	EL AGUILA	3.735,0	7,6	3.320	13,2	4.696,8	7,3	3.558	12,4	25,8	7,8
4	3	PEDRO DOMÉCQ	3.694,0	7,5	793	3,2	4.659,0	6,9	781	2,7	20,7	1,3
2	4	GONZALEZ BYASS	2.653,0	5,3	594	2,4	3.604,0	5,3	595	2,1	28,3	0,2
6	5	OSBORNE Y COMPAÑIA	2.449,0	4,9	325	1,3	2.633,5	4,1	331	1,2	7,5	1,8
10	6	DAMN	1.695,8	3,4	1.143	4,4	2.555,8	4,0	1.142	4,1	51,4	1,7
7	7	SAN MIGUEL	1.952,0	3,9	1.378	5,6	2.943,6	3,9	1.401	4,9	30,3	1,7
5	8	SAVIN	3.200,0	6,3	750	3,0	2.498,0	3,9	1.100	3,8	21,9	46,7
8	9	ZOILDO RUIZ MATEOS	1.837,0	3,6	636	2,6	2.109,0	3,3	648	2,3	16,7	1,9
9	10	FERNANDO A. DE TERRY	1.715,0	3,4	498	2,0	1.900,0	2,9	500	1,7	10,8	0,4
12	11	MAHOU	1.672,0	3,3	1.150	4,4	1.825,0	2,8	1.070	3,7	9,2	7,0
23	12	RIOBLANCO	925,0	1,8	750	3,0	1.700,0	2,4	940	3,3	83,8	25,3
11	13	LA CRUZ DEL CAMPO	1.673,0	3,3	1.024	4,1	1.700,0	2,4	1.025	3,6	1,4	0,3
18	14	CINZANO	1.120,0	2,2	424	1,6	1.651,8	2,4	468	1,6	47,5	15,8
17	15	AGE BODEGAS UNIDAS	1.170,0	2,3	260	1,0	1.600,0	2,5	325	1,1	36,8	25,0
13	16	GARVEY	1.671,0	3,3	174	0,7	1.550,0	2,4	180	0,6	7,2	3,4
14	17	CERVEZAS DE SANTANDER	1.441,0	2,9	1.698	6,9	1.500,0	2,3	1.600	5,6	4,1	5,8
21	18	COBEGA	990,0	2,0	750	3,0	1.450,0	2,2	923	3,2	46,5	23,1
15	19	MARTINI-ROSSI	1.250,0	2,5	460	1,9	1.350,0	2,1	475	1,7	8,0	3,3
16	20	WILLIAMS HUMBERT	1.244,0	2,5	415	1,7	1.301,0	2,0	436	1,5	4,6	5,1
19	21	COORNIU	1.057,0	2,1	391	1,6	1.210,0	1,9	369	1,3	14,5	5,6
24	22	PEPSI COLA DE ESPAÑA	900,0	1,8	45	0,2	1.080,0	1,7	38	0,1	20,0	15,6
25	23	CIA. CASTELLANA BEB. GASED.	887,0	1,8	808	3,3	1.065,8	1,6	860	3,0	20,2	6,4
22	24	MANUEL FERNANDEZ	952,0	1,9	217	0,9	1.030,0	1,6	221	0,8	10,3	1,8
20	25	FEDERICO PATERNINA	1.050,0	2,1	165	0,7	1.031,0	1,6	173	0,6	1,8	4,8
26	26	LA CASERA	-	-	-	-	820,0	1,3	675	2,4	-	-
27	27	EL TURIA FABRICA CERVEZA	803,0	1,6	409	2,0	833,7	1,2	477	1,7	0,1	2,5
28	28	MONAR ELORZA	-	-	-	-	790,0	1,2	400	1,4	-	-
29	29	RIOJA SANTIAGO	598,0	1,2	271	1,1	750,0	1,2	202	0,7	25,4	25,5
27	30	PALOMINO VERGARA	737,0	1,5	275	1,1	749,0	1,2	283	1,0	1,6	2,9
31	31	CITRICOS Y REFRESCANTES	-	-	-	-	715,0	1,1	462	1,7	-	-
32	32	FREIXENET	-	-	-	-	674,0	1,0	108	0,4	-	-
33	33	CASTELLBLANCH	-	-	-	-	675,0	1,0	186	0,6	-	-
32	34	LUIS CABALLERO	508,0	1,0	171	0,7	655,5	1,0	157	0,5	29,0	8,2
31	35	DESTIL. Y CRIANZAS WHISKY	525,0	1,0	190	0,6	620,0	1,0	175	0,6	16,1	16,7
30	36	MARIE BRIZARD-ROGER	534,0	1,1	66	0,3	596,9	0,9	84	0,3	11,8	27,3
28	37	SANDEHAM	605,0	1,2	317	1,3	581,2	0,9	320	1,1	3,9	0,9
33	38	BODEGAS FRANCO ESPAÑOLAS	595,0	1,0	207	0,8	516,0	0,8	218	0,8	2,2	5,3
39	39	LAKIOS	-	-	-	-	508,4	0,8	94	0,3	-	-
40	40	EMBOTELLADORA MADRILEÑA	-	-	-	-	496,0	0,8	428	1,5	-	-
41	41	COSECHEROS ABASTECEDORES	-	-	-	-	478,0	0,7	175	0,6	-	-
42	42	BODEGAS MONTULIA	-	-	-	-	400,0	0,6	108	0,4	-	-
TOTAL SECTOR...			50.417,0	100	24.778	100	64.605,0	100	28.651	100	28,1	15,4

Fuente:  
Revista Fomento  
de la Producción  
Estudio de las mayores  
empresas españolas  
Edición 1975



**CINZANO**  
Líder de Marketing en España 1975

# ASPECTOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

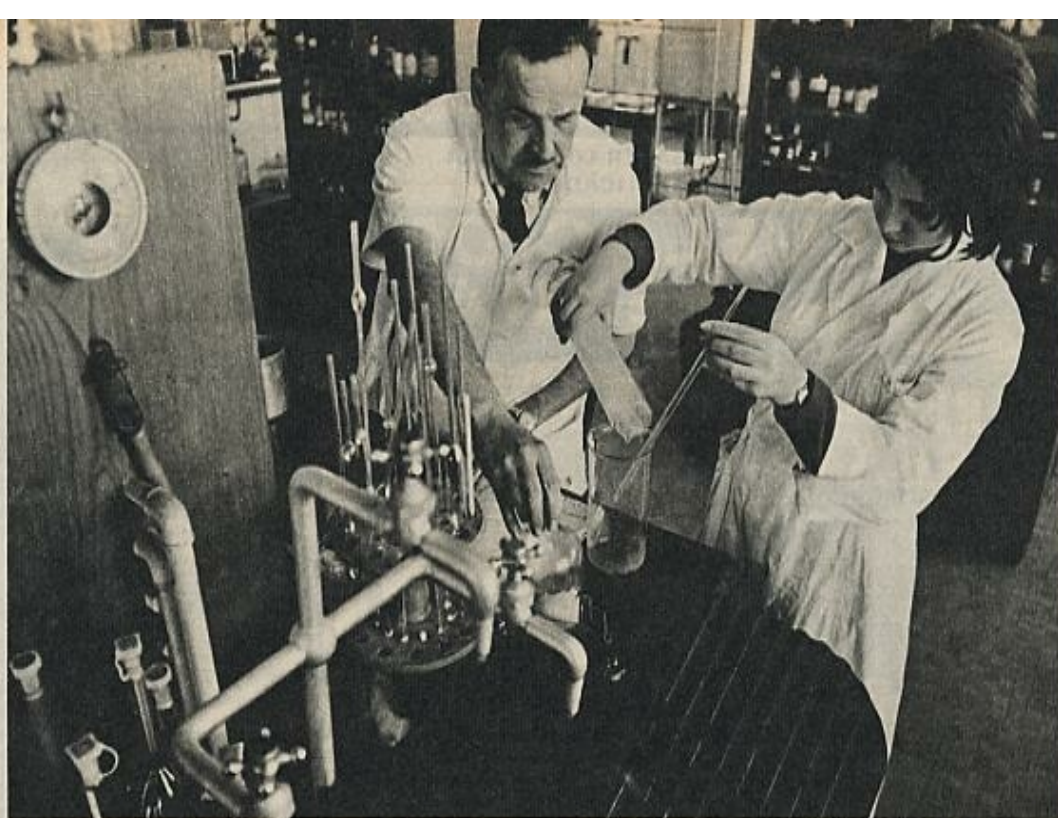
Materias primas .....	37
Envases y embalajes .....	10,0
Combustibles y energía .....	0,8
Otros gastos (Incluye publicidad y promoción) .....	16,3
Gastos de personal .....	14,8
Beneficios, amortizaciones, impuestos directos .....	21,1

Esta tabla habla por sí sola y confirma todo lo analizado anteriormente, los gastos de envases, publicidad y promoción superan el 20 por 100 de los costes.

Los beneficios de la industria farmacéutica son elevados, más que la media general, y esto no sólo en España, sino en todo el mundo. La argumentación de los laboratorios se basa fundamentalmente en que sólo una elevada tasa de beneficios puede financiar la investigación necesaria y esto no parece que sea toda la verdad:

- No necesariamente los gastos de investigación de las empresas han de salir del capítulo beneficios, sino que pueden ir cargados en otros capítulos de los costes (es seguro que esto es así) haciéndolos incidir directamente sobre el precio y repercutiendo en el consumidor.
- La industria farmacéutica se beneficia directamente de la investigación farmacológica y tecnológica que en muchas ocasiones es realizada en departamentos docentes y/o investigadores estatales con fondos de la Administración.
- El argumento para España, donde apenas se realiza investigación, donde la proliferación de gran número de preparados iguales hace que la competencia se traslade al campo de la publicidad, es aún menos tolerable.

Hemos señalado ya que una de las cuestiones serias de infraestructura del sector farmacéutico consistía en su minifundismo y en el gran número de pequeñas industrias que si bien han ido disminuyendo en los últimos años es todavía excesiva. Existían en 1956 en nuestro país nada menos que 1.267 laboratorios; por un proceso que ha ido dejando en el camino a los incapaces de adaptarse a las nuevas necesidades creadas por el "boom" del consumo farmacéutico tras la puesta en marcha del SOE eran 623 en 1970. Sin embargo, el pequeño laboratorio sigue dominando el panorama y el 37 por 100 de los existentes emplean menos de cinco trabajadores por planta. El 69 por 100 de todo el sector emplea menos de 26 trabajadores por unidad productiva y en total



La materia prima es valorada por el laboratorio y si éste es multinacional, las posibilidades de la Administración de discutir su precio son pequeñas.

suponen sólo el 10 por 100 de todos los empleados en la industria farmacéutica.

## IX.

En este paraiso para las multinacionales o la pequeña-mediana empresa de "carácter especulativo", el gasto en farmacia de la Seguridad Social no deja de crecer, lo que lisa y llanamente quiere decir que el dinero de los trabajadores españoles no deja de fluir hacia la industria farmacéutica.

### GASTO TOTAL EN FARMACIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MILLONES

1960 .....	1.760
1965 .....	5.046
1970 .....	21.536
1971 .....	28.076
1972 .....	33.861
1973 .....	43.928

Por supuesto no se debe de dejar de tener en cuenta que entre 1960 y 1970 el número de la población asegurada ascendió notablemente, pero a partir de ese año son difícilmente explicables sobre una base racional los grandes aumentos que se siguen produciendo en el gasto en concepto de farmacia.

Pero es que, además, este gasto en farmacia debe ser colocado en el contexto de las necesidades sanitarias del país que han de ser cubiertas con recursos financieros que no son infinitos. Esas necesidades sanitarias deben ser colocadas en un orden de prioridades:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:
  - Educación higiénica y sanitaria de la población.
  - Medicina escolar.
  - Medicina industrial.
  - Epidemiología.

- Cuidados pre y posnatales.
- Erradicación de enfermedades "pendientes" (brucelosis, tuberculosis, fiebre reumática...).
- Geriátrica, etcétera, etcétera.

### B) Medicina curativa:

- Adecuado número de camas hospitalarias, con correcta distribución geográfica.
- Puesta en marcha con urgencia de la comarcalización sanitaria.
- Especial atención a la medicina rural.
- Reestructuración y adecuación de la asistencia ambulatoria.
- Asistencia psiquiátrica.

### C) Rehabilitación:

- Atención adecuada a la subnormalidad.

Naturalmente esta lista es un mero enumerar de sólo algunas de nuestras perentorias necesidades, hay que cubrirlas con personal sanitario adecuado (al que, por cierto, primero hay que formar), con medios materiales y financiar su funcionamiento. Es lógico pensar, por tanto, que los desmesurados gastos en medicinas inútiles deben reducirse en beneficio de otras áreas del cuidado de la salud. Sin embargo, el gasto en farmacia, ya en 1971, consumía el 51 por ciento del presupuesto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, ¡más de la mitad!

### DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA (1)

Honorarios médicos .....	18,1
Farmacia .....	51,5
Instituciones .....	22,4
Servicios concertados .....	6,9
Otros .....	1,1

(1) Para el año 1971.

## X. PARA CONCLUIR

Los problemas derivados de los servicios (enseñanza, sanidad...) afectan a la sociedad en su conjunto. Cada vez con más fuerza se evidencia el derecho a una vida digna de todos los ciudadanos, concretizándose el concepto de "digna", en una vida con más calidad humana y material. El que la calidad material se logre para la inmensa mayoría supone pasar necesariamente por haber conseguido "la calidad de vida humana", es decir, que todos seamos ciudadanos de pleno derecho de nuestro país, participantes y co-responsables de la construcción de una sociedad mejor al servicio del hombre. ■ C. B.

### BIBLIOGRAFIA Y FUENTES CONSULTADAS

- C. A. Gasóliba.—Estudio económico de la industria farmacéutica. Ariel, 1969.
- Varios autores.—Cambio social y crisis sanitaria. Ayuso, 1975.
- Jornadas de la D. G. de Sanidad y los laboratorios farmacéuticos. Madrid, 1972.
- Santiago Roldán.—Algunos aspectos de la industria farmacéutica española. Revista de trabajo. 1966.
- Datos estadísticos del Servicio Sindical de Estadística.
- Datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística.
- La ordenación farmacéutica y la Seguridad Social. L. Arranz. Cuadernos para el Diálogo. 1975.
- Informe sobre la prestación farmacéutica en el quinquenio 1967-71. INP, 1973.
- Estructura económica de España. Guadalupe. 1974.
- Informe de la OCDE sobre la industria química. 1972.