

## Investigación y desarrollo, responsabilidad primordial de la Secretaría de Salud.

### I. INTRODUCCION

GUILLERMO SOBERON\*

A partir de 1982, en la primera sesión de cada año académico, se nos ha dado la oportunidad de informar sobre los avances y las perspectivas de las medidas que, en el ámbito de nuestras responsabilidades, se adoptan para alcanzar mejores niveles de salud en México.

Así ha sido posible explicar anteriormente que las instituciones del sector público se han involucrado en un ejercicio compartido tendiente a ampliar la cobertura de la población, a incrementar la calidad de la atención impartida a lograr una más efectiva utilización de los recursos que se han podido allegar.

El proceso que se ha seguido incluye una plataforma legislativa y la implantación de tres estrategias, sectorización, descentralización y modernización, para consolidar un Sistema Nacional de Salud.

El marco legislativo ahora vigente toma como punto de partida la inclusión del derecho a la protección de la salud en el artículo 4o. de la Constitución. En el periodo parlamentario de 1982 se introdujeron además, algunos cambios en el Código Sanitario, entonces vigente, y en las leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado las cuales abrieron el espacio necesario para impulsar el trabajo conjunto de las instituciones, ahora agrupadas en el Sector Salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

La conformación del sector incluye todavía, como órganos desconcentrados por territorio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a los servicios de salud pública en el Distrito Federal y a los 31 servicios coordinados en los Estados, que serán descentralizados.

Asimismo, forman parte del sector las funciones, programadas y servicios de salud que realizan el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y, en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 13 de febrero de 1985.

\*Académico titular. Secretario de Salud.

Adicionalmente se establecieron dos subsectores: el de los Institutos Nacionales de Salud y el de Asistencia Social. En el primer caso se creó la Coordinación de los Institutos Nacionales de salud, Hospital Infantil de México, Cardiología, Nutrición, Oncología, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, Enfermedades Respiratorias, Perinatología y Pediatría. En el segundo caso se responsabilizó en un decreto la inclusión plena del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia como eje operativo de la Asistencia Social y coordinador del Subsector correspondiente, este incorpora al Instituto Nacional de la Senectud y a los Centros de Integración Juvenil.

Las instituciones del sector interaccionan en tres instancias: la de los grupos interinstitucionales de salud, la del Consejo de Salubridad General que amplió sus atribuciones y la del Gabinete de Salud presidido por el propio Presidente de la República.

Producto del trabajo sectorial es el Programa Nacional de Salud, aprobado por Decreto Presidencial en agosto de 1984. El Programa Nacional de Salud comprende trece programas de acción, cuatro programas de apoyo y cinco programas instrumentales y constituye el compromiso de organizar mejor el trabajo de las instituciones que ofrecen servicios de salud. En el programa sanitario se precisan los objetivos, las metas y las estrategias a realizar entre 1984 y 1988.

Para su cumplimiento cada institución realiza los arreglos que le convienen; la Secretaría de Salubridad y Asistencia desligado en más de 80 programas sucesivos que han sido sistematizados en una taxonomía característica. El seguimiento de tan vasto número de programas hizo necesaria la creación de la Coordinación de Programas Prioritarios de Salud.

La descentralización de los servicios de salud se lleva a cabo de acuerdo a un procedimiento definido en los Decretos Presidenciales de agosto de 1983 y marzo de 1984; en este año se realizó un ejercicio de coordinación conducente a aproximar los servicios que atiende a población abierta, y, en 1985, previa evaluación de lo realizado, los Estados de Baja California Sur, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Tlaxcala, pasarán a la segunda etapa de la descentralización. Subsecuentemente, los otros Estados iniciarán esta etapa en la medida que se consideren preparados para ello, de acuerdo con la decisión de los Gobernadores. En cualquier forma, en 1986 deberá terminarse la descentralización en todo el país. En los dos últimos años del sexenio se consolidará este proceso.

Cabe apuntar que hay un ejercicio similar en el Distrito Federal, bajo un convenio entre la Secretaría y el Departamento.

En perspectiva el propósito es conformar sistemas estatales de salud como elementos del Sistema Nacional de Salud.

La segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud comprende lo siguiente:

- 1) Se fusionan en una sola institución, bajo un mando único a la responsabilidad de los gobiernos estatales, los servicios de salud a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SSA), del Programa IMSS/COPLAMAR (IMSS) y los que hayan desarrollado los propios Estados para la atención de población abierta; se crearán así los Servicios Estatales de Salud.
- 2) La Secretaría de Salud proporcionará las normas técnicas, los apoyos financieros y, con la participación del IMSS, el auxilio logístico que casuísticamente se requiera.
- 3) El proceso se regirá por el decreto presidencial que al efecto se expida, el convenio único de desarrollo y los acuerdos de coordinación que con tal propósito se celebren.
- 4) En aspectos laborales los Servicios Estatales de Salud actúan en nombre y por cuenta de la Federación.

La modernización se refiere, fundamentalmente, a los cambios estructurales que se han introducido en la Secretaría de Salud para que esté en posibilidad de mejor cumplir con la responsabilidad de normar, planear, evaluar, supervisar y ser un organismo de gestión financiera. Cabe enfatizar que en el modelo del Sistema Nacional de Salud, la operación de los servicios recae en las instituciones del sector y en los sistemas estatales de salud.

La modernización ha significado, la transferencia de unidades, programas y servicios a la Secretaría de Ecología y Desarrollo Urbano y al DIF y, la reestructuración de la SSA. Se introdujeron modificaciones en el área directiva, la del Secretario, y en las áreas de las Subsecretarías de Planeación y de la Oficialía Mayor que incluyen las funciones de regulación y apoyo.

Asimismo, se llevó a cabo la reestructuración de las áreas sustantivas que abarcó a las anteriores Subsecretarías de Salubridad y Asistencia y a la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, que se han convertido en una instancia de apoyo a la gestión directa entre los Servicios Coordinados estatales y las unidades centrales.

De las dos Subsecretarías se hicieron tres: la de Regulación Sanitaria, la de Investigación y Desarrollo y la de Servicios de Salud.

Están en proyecto la transformación de órganos desconcentrados por función a organismos descentralizados del sector.

En el esquema de organización, la Subsecretaría de Regulación Sanitaria cubre las acciones que se refieren al control sanitario de productos, bienes, insumos y establecimientos que significan riesgos a la salud del ser humano.

La Subsecretaría de Investigación y Desarrollo se ocupa de promover lo necesario, a fin de obtener los conocimientos indispensables para el mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y para la validación de la tecnología aplicada en los servicios.

La Subsecretaría de Servicios de Salud es la que regula los programas y las acciones que, de manera

directa, ejecutan las instancias operativas, sean de salud pública, atención médica y asistencia social. Se ha tratado de conjuntar en los servicios acciones antes artificialmente separadas a consecuencia de que la Secretaría de Salubridad y Asistencia surgió por agregación del Departamenteo de Salubridad y la Secretaría de Asistencia.

La modernización de la Secretaría se ha traducido en una simplificación administrativa, pues de 47 direcciones generales que existían en 1982 se ha pasado a 29. El cambio estructural todavía continúa a nivel de direcciones de área y departamentos.

Por todo lo anterior, se puede entender que el cambio de denominación de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud ha significado, más allá de un cambio de nombre, una adecuación en la forma de designar una Secretaría con funciones distintas y estructura diferente, apropiada a su nuevo cometido y cuyo trabajo se guía por una doctrina renovada.

Queremos aprovechar la oportunidad que nos brinda hoy la Academia Nacional de Medicina para destacar la trascendencia, en los años por venir, de la investigación en salud y del subsecuente desarrollo tecnológico. El desempeño en este aspecto, de la Subsecretaría de Investigación y Desarrollo, podrá proporcionar a la Secretaría de Salud los elementos para que pueda ejercer, con plena autoridad y conocimiento, la función rectora de la salud en México que le ha sido encomendada. Intimamente relacionada está la labor de los Institutos Nacionales de Salud, que ahora funcionan de manera más coordinada; buscan aplicar sus aportaciones a la solución de los problemas de salud de nuestro país. Por último, por ser ilustrativa para el propósito mencionado y por la importancia que tiene para el cuidado de la salud de los mexicanos, se informará sobre los esfuerzos realizados para que nuestro país adquiera una mayor autosuficiencia en la industria químico-farmacéutica.

## II. LA NUEVA SUBSECRETARIA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO

JOSE LAGUNA\*

La historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creada en 1943, es una historia de adición, no de unión, de organismos, de suma unidades, de agregamientos constantes. Las dos estructuras fundamentales correspondían a las funciones de asistencia, servicios de atención personales y las de salubridad,

servicios de atención no personales. Este estado de cosas persistió hasta junio de 1984 cuando el Secretario Soberón promovió cambios fundamentales que culminaron, el pasado 24 de enero, con la designación de Secretaría de Salud. Estos cambios han permitido fijar objetivos unificados y un enfoque integral para abordar los problemas de salud, y sus posibles soluciones. De este modo los organismos de la Secretaría pueden atender ahora sus grandes propósitos en materia de salud borrando los límites rígidos y artificiales entre lo asistencial, lo sanitario y lo ambiental; con esta perspectiva se conformaron las nuevas Subsecretarías de Servicios de Salud, de Regulación Sanitaria y de Investigación y Desarrollo.

La Subsecretaría de Investigación y Desarrollo se ha concebido como un verdadero sistema que puede servir como recurso estratégico al Programa Nacional de Salud 1984-1988. Su misión es la de contribuir a la solución de los problemas que nos han impedido extender la cobertura de los servicios, elevar la calidad de los mismos y avanzar dentro del principio de equidad, uno de los pilares de nuestro Plan Nacional de Desarrollo.

Entre estos problemas destacan los de orden social, especialmente el hecho de que nuestro país está conformado por un mosaico de grupos sociales con características culturales, educativas y económicas muy diversas. La comunidad, en términos generales está mal informada de los asuntos de la salud, de sus derechos y responsabilidades y muestra bajos niveles de higiene y salubridad personal y colectiva.

Otro grupo de problemas se refiere a los recursos humanos disponibles para la prestación de los servicios; así, nunca se ha definido con precisión el número, el tipo o la calidad del personal de salud con el objeto de adecuar el sistema formativo a la capacidad y las demandas del sector público y del privado. En este sentido constituye un serio problema la incongruencia entre el perfil educativo y el perfil profesional, es decir, el desempeño de los trabajadores en cuanto al tipo y calidad de los servicios que deben prestar a los enfermos.

También deben señalarse los escasos avances logrados en la formación del "equipo de salud", como grupo armónico estructurado para el manejo de los variados componentes que conforman los problemas de salud.

Desde el punto de vista de las estrategias operativas no parece muy conveniente la tendencia verbalista, memorística e informadora con escaso énfasis en el adiestramiento práctico, que ha dominado el sistema educacional para la salud en nuestro medio.

En un tercer rubro, se pueden reconocer problemas que dependen de la organización misma del sistema de salud, que está formado por diversos subsistemas precariamente articulados entre sí y que tienen capacidades y coberturas muy distintas. La tendencia se ha orientado a prestar mayor atención a los

\*Académico titular. Subsecretario de Investigación y Desarrollo.

aspectos de la cobertura, dejando de lado los asuntos de la calidad de los servicios. Aún así, a muchos grupos de población no se otorgan los mínimos básicos y por otro existen grupos privilegiados que acceden a servicios de alta especialidad y costos excesivos.

Un serio obstáculo al correcto funcionamiento del sistema es la grave dependencia tecnológica del exterior en diversos renglones, medicamentos, instrumentos, aparatos y materiales; tampoco contamos con el suficiente personal técnico para manejar los equipos o darles servicio y mantenimiento.

Ante el panorama de estos problemas y con el afán de contribuir a la solución, se desprenden en buena parte, los propósitos de la Subsecretaría de Investigación y Desarrollo para avanzar en:

1. La formación de recursos humanos adecuados en número y tipo para atender las necesidades de la población.
2. El desarrollo de la investigación, de la salud y para la salud.
3. La adquisición la transferencia, el uso, el desarrollo y la producción de tecnología.
4. La participación de la comunidad.

La subsecretaría realiza sus funciones a través de diversas direcciones y centros y de la Escuela de Salud Pública. Su principal interés se enfoca, directa o indirectamente, en el personal, técnico responsable de las labores, pues en última instancia es la competencia profesional lo que más cuenta para otorgar una atención satisfactoria. Las acciones de educación para la salud promueven a la población a fomentar el autocuidado de salud y al uso adecuado de los servicios pero también se dirige al propio personal de los servicios que tiene una doble responsabilidad, por un lado educar a la población y por otro, a través de su conducta convertirse en un ejemplo y modelo de actitudes favorables al reforzamiento de la salud de la sociedad a la que sirve.

Instrumentos de apoyo a las funciones de la Subsecretaría son el Comité Interno de Capacitación creado en 1983 y el recientemente estructurado Comité de Investigación. Existen además las Comisiones Interinstitucionales de Formación de Recursos Humanos para la Salud y de Investigación en Salud, integradas entre los Sectores Salud y Educación que reúnen como interlocutores a representantes de universidades e institutos y de las instituciones aplicativas de la salud.

En cuanto a nuestras dos principales responsabilidades, las de investigación y desarrollo, conviene hacer las siguientes consideraciones: primero, el quehacer de la investigación, producir el conocimiento, pero quizás sea más importante la difusión y utilización del mismo, sobre todo en nuestro país donde una parte sustancial de los proyectos no llegan a feliz término, no son objetos de una publicación o aún publicados no se aplican y no se usan para promover cambios útiles en los sistemas de atención de la salud. Ha pasado a menudo que los proyectos no están orientados a conocer o buscar soluciones a los grandes pro-

blemas de salud del país. Por tal motivo, hemos establecido un estrecho contacto con la Coordinación de Programas Prioritarios de Salud, órgano de dependencia directa del Secretario de Salud, buscando en todo momento la participación multiinstitucional, promoviendo la realización de estudios multicéntricos, con aportaciones de diversas unidades de las distintas instituciones de salud, en sus varios niveles de atención y localizaciones en el país. A más de aumentar la trascendencia de las investigaciones, el enfoque multicéntrico permitirá obtener resultados más generales y a plazo más corto y se conseguirá estrechar los lazos entre los investigadores unidos en un esfuerzo nacional.

En algunos de los institutos de la Coordinación de, los Institutos Nacionales de Salud, se han iniciado ciertos estudios multicéntricos, infecciones respiratorias agudas del niño, infecciones intrahospitalarias, control de calidad del laboratorio clínico, que podrán ampliarse en breve a otros hospitales o unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia o del Sector.

Un esfuerzo en este orden de cosas es el de la creación, desde 1980, de las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad en diversos hospitales e institutos. A través de ellos se vigila la calidad de los protocolos y la importancia del estudio, así como el respeto a los seres humanos que participan en estas pesquisas.

Una tarea iniciada en 1983 con el apoyo de toda la comunidad científica del país ha sido la de levantar el inventario de proyectos de investigación que será difundido en las diversas instituciones y constituirá un punto de referencia para todos los estudios de la salud.

Por fin, a partir de este año se han iniciado actividades de consultoría y asesoría especialmente en los campos de la investigación de servicios de salud y de la investigación de salud pública.

En cuanto al desarrollo, el más importante es el de los recursos humanos. El primer paso es definir las necesidades de personal de salud, su tipo y el número que permita cubrir los requerimientos de los sectores público, social y privado. Estos estudios llevan al conocimiento de los recursos educativos del sistema y al análisis de las posibilidades de empleo ulterior. Sólo así se harán plantamientos objetivos en relación con la admisión de estudiantes a escuelas y facultades y a estudios de postgrado y de especialidad.

A través de la Subsecretaría de Investigación y Desarrollo conviene hacer un esfuerzo con las instituciones educativas para diseñar metodologías de evaluación del proceso educacional; evaluar las actividades docentes, las políticas, los objetivos, los programas y las actividades y, lo que es más importante, los resultados del proceso educacional, los cambios de conducta, la capacidad de desempeño técnico, los valores y actitudes del compromiso de servicio.

Desde el punto de vista estratégico, es necesario realizar un esfuerzo para remotar el enfoque del adiestramiento en servicio, el clásico "Aprender—Haciendo" y así educar profesionales competentes para la atención de individuos, familias y comunidades, impulsando, además, una actitud de aprendizaje

independiente, de participación activa en su propia superación intelectual.

Un capítulo de gran importancia es el desarrollo tecnológico, en vista de la grave dependencia del extranjero y del compromiso del Sector Salud en favor de un reforzamiento de los servicios de atención, dependientes en gran parte de una correcta tecnología. En general, debemos avanzar en forma innovadora o como adaptación de modelos del exterior, en la producción de dispositivos simples, de bajo costo y necesidades mínimas de mantenimiento. En este campo, el Centro de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas ha construido equipo para medir la amplitud y la frecuencia respiratorias, así como la frecuencia cardíaca los cuales se han usado en atletas y para monitoreo, en forma experimental, en unidades de cirugía. Asimismo, se han fabricado potrotipos de espirómetros, de tornillos de compresión con acero inoxidable nacional e iniciado pesquisas sobre la posible utilización de la cerámica en lugar del vidrio para la fabricación de tubos de rayos X.

A más de una buena orientación en materia de adquisiciones, es muy importante lo relativo a la utilización del equipo y para tal fin es indispensable la capacitación de recursos humanos para darle buen uso, servicio y mantenimiento. En este campo el Centro ha proporcionado el entrenamiento técnico necesario y ha diseñado aparatos para establecer el diagnóstico correctivo de electrocardiógrafos y el mantenimiento de laparoscopios utilizados en los programas de planificación familiar.

La adquisición del equipo nuevo y el uso del existente nos ha obligado a desarrollar metodologías de evaluación entre las que destacan las de costo—beneficio y de costo—efectividad así como de seguridad, pues la compra y el empleo indiscriminados del equipo pueden ser causa de grave ineficacia e ineficiencia.

La tendencia final será la de promover la producción local de equipo, aparatos, reactivos y otros insumos adaptados de modelos extranjeros, así como el desarrollo de procesos innovadores que después de ser sometidos a las etapas de investigación y de desarrollo sean utilizados en nuestros servicios.

El desarrollo no es el logro de bienes materiales; se ha dicho que esto es simplemente crecimiento. Existe un verdadero desarrollo basado en un compromiso colectivo de participación social; Ackoff lo ha definido como "la capacidad para hacer con los recursos disponibles todo lo posible para mejorar la vida propia y la de los demás".

Estas ideas coinciden con un programa propuesto por el secretario Soberón, el Programa de Superación Profesional y Técnica cuya primera etapa se realizó en octubre pasado con diversos ejercicios de consulta y opinión con más de 22 mil trabajadores de la Secretaría. En breve se iniciarán diversos cursos y ejercicios de enseñanza, adiestramiento y capacitación, cuyo propósito es el de que los trabajadores proporcionen más y mejores servicios.

Otro programa de desarrollo social, es el de los promotores comunitarios voluntarios, que iniciado en 1983 en diversas delegaciones del Distrito Federal, empieza a hacer impacto en otras grandes urbes del país donde han sido adiestradas miles de personas, sobre la aplicación de los programas básicos de salud.

La mayoría de promotores voluntarios son mujeres, amas de casa, responsables efectivas de las conductas familiares y sociales en nuestro país; de esta manera, se asoció al Programa de Promoción Voluntaria un grupo de ambiciosas actividades, de creciente interés en nuestro país y en muchos otros, el Programa de la participación de la Mujer.

A través de todas estas acciones, usando los grandes instrumentos de la investigación y la enseñanza es como la Secretaría de Salud cumplirá con la misión de aumentar la efectividad de los servicios en favor de la salud individual y colectiva fortaleciendo los objetivos y las metas plasmadas en el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

### III. EL IMPULSO A LA INDUSTRIA QUIMICO-FARMACEUTICA EN MEXICO.

BERNARDO SEPULVEDA\*

Dentro de la política de atención a la salud del gobierno de la República, la producción nacional de medicamentos en la cantidad y calidad requeridas por el sector público y por la profesión médica, a precios accesibles, representa un objetivo cuya prioridad es evidente. Por añadidura, el desarrollo de la industria farmacéutica con capital mayoritariamente mexicano, que le permite la fabricación de los medicamentos desde la materia prima hasta el producto terminado, es un objetivo del Estado cuya trascendencia es también evidente.

Sin embargo, diversos obstáculos han dificultado la realización cabal de estos objetivos. En apoyo de lo anterior, conviene mencionar algunos datos en que se funda el diagnóstico de la situación reciente, y que aparecen en el acuerdo expedido por los titulares de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, Programación y Presupuesto, Comercio y Fomento Industrial y Salubridad y Asistencia, acuerdo que sirvió de base al Decreto Presidencial para el Fomento y la Regulación de la Industria Farmacéutica, publicados ambos en el Diario Oficial de la Federación el 23 de febrero de 1984.

Los datos mencionados en el citado acuerdo se enumeran a continuación:

\*Académico honorario.

+ Fallecido el 17 de marzo de 1986.

1. En 1982, existían en México 76 empresas farmacéuticas de capital mayoritario extranjero, cuyas ventas en ese año representaron el 72 por ciento del mercado total. El 28 por ciento restante, se distribuyó entre las 242 empresas de capital mayoritariamente mexicano;
2. La industria farmacéutica establecida en el país es dependiente del exterior por lo que respecta a tecnología. Las empresas de capital extranjero reciben la tecnología de sus casas matrices, mientras que las empresas de capital mexicano tienen dificultades para conseguir o bien para crear esa tecnología;
3. La Industria Farmacéutica establecida en el país es asimismo dependiente en cuanto a los principios activos y las materias intermedias de los medicamentos. Aproximadamente el 60 por ciento de estos principios y materias tiene que ser importado, lo cual significa una salida de unos 250 millones de dólares anuales. Esta cantidad representa la mayor erogación por concepto de importaciones en el renglón, cuyo monto total es de 300 millones de dólares. Como el ingreso por concepto de exportación es sólo de cien millones de dólares, hay un déficit considerable en nuestro comercio exterior.
4. Existen en el país más de 24 mil registros vigentes de medicamentos, de los cuales se estima que más de cinco mil están en el mercado activo. Sin embargo, como es sabido, el cuadro básico del Sector Salud incluye sólo 329 medicamentos genéricos, con 484 presentaciones farmacéuticas, que son suficientes para cubrir cerca del 95 por ciento de las necesidades del Sector. Esto significa que hay una sobreproducción de medicamentos, los cuales en la mayoría de los casos son repeticiones de fórmulas con fines puramente comerciales, y que no pocas veces representan productos inútiles y aún perjudiciales.

### Propuestas de Solución

En consecuencia del diagnóstico formulado, en el propio acuerdo se establecen como principales objetivos los siguientes:

1. Contribuir a fortalecer la independencia económica del país, mediante el incremento de la producción nacional de principios activos y materias intermedias, así como la generación de divisas, sobre la base de la promoción de las exportaciones y la sustitución eficiente de las importaciones;
2. Establecer una sólida estructura tecnológica propia, que sea la base de un desarrollo industrial independiente;
3. Racionalizar la producción nacional de medicamentos, al fin de que existan sólo los requeridos para satisfacer las necesidades de la población,

eliminando los productos inútiles o nocivos, y el consiguiente despilfarro económico y daño a la salud.

A fin de lograr los objetivos enunciados, se fijan las metas siguientes para 1988:

La primera es: satisfacer permanentemente, con la mayor integración posible de la industria farmacéutica nacional, el 98 por ciento del consumo de medicamentos en el país;

La segunda meta consiste en: incrementar el índice de autoabastecimiento de principios activos e intermedios, de manera que se fabrique en México un mínimo del 60 por ciento de los requerimientos nacionales. La estrategia se basa en la elaboración de los principios activos de importación, requeridos especialmente para satisfacer las necesidades del cuadro básico.

Para llevar a la práctica los objetivos y metas mencionados, se han establecido los instrumentos de política siguientes:

Uno es la política de fomento, que comprende dos objetivos:

1. *El Poder de Compra del Estado.* Se ha mejorado el sistema de los concursos consolidados para la adquisición de medicamentos requeridos por el Sector Salud en su conjunto. Entre otros cambios importantes se ha iniciado el proceso de concursos para adquisiciones a largo plazo. Tales cambios, además de representar ventajas en precios y control de calidad de los medicamentos, son instrumentos importantes para promover y orientar el desarrollo de la industria establecida en el país, dentro del cuadro básico;
2. *El Desarrollo Tecnológico.* El programa para el desarrollo tecnológico, que está patrocinado por las Secretarías de Salud y de Educación Pública y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y en que participan la Universidad Nacional y la Subsecretaría de Fomento Industrial, contiene dos programas:

I. La Investigación Básica.

II. La adaptación y desarrollo de la tecnología resultante, con fines de aplicación industrial.

La investigación básica se está llevando a cabo con entusiasmo y dedicación en las instituciones de educación superior y de investigación científica. Se ha concentrado en la producción en el laboratorio de principios activos e intermedios requeridos para la fabricación de los medicamentos del cuadro básico, y que son importados en la actualidad. El subprograma a este nivel incluye la producción en los próximos años de unos veinte de estos principios y promete resultados satisfactorios dentro de los plazos señalados.

En cuanto al subprograma del segundo nivel, que consiste en la adaptación de la tecnología resultante a la aplicación industrial, se está

poniendo en práctica en plantas piloto, bajo la coordinación del Centro Mexicano de Desarrollo de Investigación Farmacéutica.

Además, se están apoyando por diversos medios las actividades para la obtención de tecnología que llevan a cabo varias empresas farmacéuticas. Este subprograma está igualmente orientado a la producción de principios activos e intermedios que se consideran prioritarios, e incluye en la actualidad 51 proyectos aprobados y en operación, ya sea en el presente o en un futuro próximo, y 19 proyectos en trámite de aprobación. Se sabe además, que otros proyectos de igual importancia serán sometidos en breve plazo.

3. Otras políticas de fomento incluyen el apoyo financiero preferente para las empresas de capital mayoritario nacional y la protección a través de los requisitos para los permisos de importación, así como otras medidas de estímulo fiscal.

No es aventurado afirmar que con estas medidas se están dando las condiciones adecuadas para el desarrollo de la industria químico—farmacéutica establecida en México, y, por consiguiente para reducir su dependencia del exterior en el lapso que se extiende del año en curso hasta 1988. Desde luego, ya se ha registrado un descenso en el volumen de la importación de las materias primas; y el abastecimiento de los medicamentos se encuentra dentro de límites normales, situación muy distinta de la crisis que atravesó el país a principios de 1983, cuando la carencia de medicinas revistió caracteres de gravedad.

En cuanto al otro instrumento de política, la Política de Regulación, se aplica en tres áreas:

1. *Precios.* Mediante lineamientos precisos, se han establecido normas para fijar precios sobre bases equitativas, que se aplican tanto a los medicamentos como a las materias primas de fabricación nacional y extranjera. El uso de nombres genéricos ha permitido la fijación de precios iguales a los productos equivalentes, con independencia del nombre comercial y de la empresa fabricante;
2. *Inversiones Extranjeras.* La política en esta materia se ha hecho un poco más flexible, particularmente en lo que se refiere a la producción de principios activos e intermedios. Pero aún así, queda sujeta a limitaciones, tales como la condición de que no se desplacen fabricaciones de empresas con capital mayoritario mexicano, que la nueva fabricación sustituya importa-

ciones y que se exporte gran parte de la nueva fabricación. Dentro de este rubro, conviene mencionar que el secretario de salud ha hecho gestiones personales con grupos de empresarios franceses e italianos, y el que esto escribe, gestiones similares en Alemania, a fin de estimular el desarrollo de las plantas industriales establecidas en México, para incrementar la fabricación de principios activos e intermedios, ajustándose por supuesto a las citadas normas.

3. *Registro de Especialidades Farmacéuticas.* Con el fin de excluir los medicamentos cuya eficacia terapéutica no sea demostrada, así como aquellos que no hayan sido comercializados durante tres años, queda prescrito que se llevará a cabo la depuración del Registro de Especialidades Farmacéuticas. Asimismo, se prescribe que para el registro de nuevos medicamentos, se aplicará estricto criterio científico, a fin de registrar solamente los productos que demuestren verdadero avance terapéutico y en consecuencia, sean de beneficio para el país.

Este conjunto de disposiciones legales contenidas en el acuerdo de los cuatro secretarios de estado, avalado además por el Decreto Presidencial expedido con la misma fecha, han provocado reacciones de protesta en cierto grupo de empresas de capital mayoritario extranjero. Una de las reacciones más aparentes ha sido el recurso de amparo, interpuesto por 38 empresas multinacionales. Cabe agregar que las 38 empresas multinacionales restantes, no interpusieron el mencionado recurso de amparo, como tampoco lo hicieron las 242 empresas de capital nacional.

Por añadidura, los representantes de las empresas amparadas sin esperar el fallo de la Suprema Corte, solicitaron iniciar pláticas de avenimiento con las autoridades. Ya tuvo lugar la primera, con la presencia del titular de la Secretaría de Salud. La plática se desarrolló en un ambiente favorable y cabe esperar que, una vez aclaradas algunas confusiones existentes, se acaten debidamente por los industriales disidentes las disposiciones legales establecidas; y cabe esperar que las relaciones futuras entre autoridades y empresas se lleven por el camino de la colaboración recíproca, para beneficio de todas las partes involucradas.

De cualquier manera, es preciso dejar constancia de que este conjunto de disposiciones, representa la continuidad de propósitos del Ejecutivo Federal, para promover la transformación de fondo que requiere la industria farmacéutica establecida en México.