

Agentes de propaganda médica, saberes y poder colonial: Jerarquías de producción y reproducción en la industria farmacéutica

Medical propaganda agents, knowledge, and colonial power: Hierarchies of production and reproduction in the pharmaceutical industry

Verónica Trelleira¹  

¹ Universidad Nacional de Lanús - ARGENTINA

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.365> | Páginas: 42-56

Fecha de envío: 05-09-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

En este artículo analizo las significaciones que las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) otorgan a los laboratorios, fármacos y medicamentos que cada uno de ellos produce, en un entramado donde se articulan jerarquías simbólicas, epistémicas y materiales. A partir de una aproximación decolonial, examino cómo la industria farmacéutica en Argentina se organiza en torno a diferentes tipos de laboratorios, aquellos que investigan y aquellos que copian y, en consecuencia, a la distinción entre medicamentos originales y genéricos revelando las asimetrías de legitimidad en la producción de conocimiento biomédico. Asimismo, indago en el rol de los *speakers* como mediadores autorizados que transmiten a las y los médicos el conocimiento sobre nuevos medicamentos producidos en Europa, conocimiento que es internalizado como verdad científica pero que se encuentra profundamente atravesado por los intereses de la industria farmacéutica. Sostengo que las y los APM no solo reproducen, sino que también encarnan el saber médico legitimado por la industria, invisibilizando y desplazando otros saberes posibles. Esta perspectiva de análisis muestra cómo la matriz colonial de poder capitalista global opera de manera persistente en la producción y circulación de medicamentos, reforzando desigualdades en el campo farmacéutico argentino.

Palabras clave: agentes de propaganda médica, industria farmacéutica, matriz colonial, medicamentos, conocimiento biomédico, Argentina.

Abstract

In this article, I analyze the meanings that Medical Sales Representatives (APM) attribute to laboratories, drugs, and the medicines each of them produces, within a framework where symbolic, epistemic, and material hierarchies are intertwined. Drawing on a decolonial approach, I examine how the pharmaceutical industry in Argentina is organized around different types of laboratories—those that conduct research and those that replicate—and, consequently, the distinction between original and generic medicines, revealing asymmetries in the legitimacy of biomedical knowledge production. I also explore the role of “speakers” as authorized mediators who transmit to physicians the knowledge about new drugs produced in Europe, knowledge that is internalized as scientific truth but is deeply shaped by the interests of the pharmaceutical industry. I argue that APM not only reproduce but also embody the medical knowledge legitimized by the industry, thereby rendering

other possible forms of knowledge invisible and marginal. This analytical perspective demonstrates how the global capitalist colonial matrix of power continues to operate persistently in the production and circulation of medicines, reinforcing inequalities within the Argentine pharmaceutical field.

Keywords: medical sales representatives, pharmaceutical industry, colonial matrix of power, medicines, biomedical knowledge, Argentina.

Introducción

Las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) o visitadoras y visitadores médicos representan a las compañías farmacéuticas (laboratorios) constituyen un eslabón clave en la circulación del conocimiento y de los productos dentro del campo biomédico. Son las personas encargadas de “visitar” a las y los médicos en los Hospitales Públicos y Privados y en los consultorios con el fin de informar, promocionar y convencer a las y los médicos acerca de los efectos positivos de los nuevos medicamentos que se han desarrollado en la industria farmacéutica y reforzar la permanencia de los ya instituidos. Son la conexión entre el laboratorio farmacéutico y las y los médicos de las diferentes áreas. La promoción de los medicamentos se realiza, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas, las cuales se entregan a las y los profesionales de la salud sin costo con el fin de generar en ellos el hábito de prescribir la marca del laboratorio para el cual cada APM trabaja.

Durante el trabajo de campo etnográfico realizado en distintos hospitales públicos observé diversas instancias de interacción entre APM, médicas y médicos, entre ellas los denominados Ateneos. Estas actividades, organizadas por los laboratorios, consisten en charlas impartidas por médicas o médicos contratados por la empresa para presentar las propiedades terapéuticas de un nuevo medicamento. En una de estas jornadas, acompañando a Sergio —APM de un laboratorio nacional con veinte años de experiencia—, presencié un Ateneo sobre probióticos y prebióticos, dictado por un médico reconocido de un hospital privado de alta reputación a sus colegas. La intención es que el expositor instruya a las y los asistentes acerca de las bondades que tiene el medicamento sobre el cual está hablando. Tuve la posibilidad de participar de uno en el Hospital Público N°1¹ durante una jornada en la que acompañaba a Sergio, quien trabaja para un laboratorio nacional y tiene 20 años en la profesión. Nos encontramos en la puerta de entrada y juntos fuimos a “la salita”². Allí, nos dispusimos a armar bolsas con muestras de medicamentos para distribuir entre las y los médicos asistentes al encuentro. Terminamos esa tarea y nos dirigimos al primer piso. La actividad se desarrolló en una sala donde había sillas y un pizarrón. Además de Sergio y yo, participaron siete médicas y dos médicos que ya se encontraban en su sitio cuando llegamos. Sergio se ubica al frente y yo me siento junto a un médico a escuchar al *speaker*.

En un principio me costó comprender nuestra presencia en esa actividad, pero con el transcurso de la exposición y las intervenciones de Sergio pude notar que la charla no estaba orientada a la mera formación de las y los médicos, sino a la promoción positiva del medicamento que Sergio distribuye: una forma de legitimación del producto del laboratorio ante las y los médicos.

¹ A fin de resguardar el anonimato de mis interlocutores tanto los nombres de las personas como de las instituciones en las que realicé trabajo etnográfico tienen nombres ficticios. El Hospital Público N°1 es un Hospital General de Agudos, nivel III de alta complejidad ubicado en la zona sur de CABA.

² Espacio del cual las y los APM disponen al interior de algunos hospitales públicos y utilizan a manera de depósito para guardar sus muestras médicas. Allí confluyen APM de diferentes laboratorios, por lo tanto, también funciona como un espacio de socialización.

Al terminar el Ateneo, repartimos las bolsas entre las y los asistentes y acompañamos al médico que impartió la charla a la puerta del hospital. Luego de despedirlo Sergio me dice refiriéndose al tema del Ateneo: “Esto de los probióticos y prebióticos es muy nuevo, los médicos todavía no saben un porongo, por eso el laboratorio contrató a este médico que es un grosso del Italiano para que les explique. Es speaker del laboratorio”.

La figura del *speaker* —médico o médica contratado/a para disertar sobre los beneficios de un fármaco— ocupa un lugar central en este entramado. En tanto “palabra autorizada”, legitimada por su capital simbólico y remunerada por el laboratorio, encarna la autoridad epistémica necesaria para dotar de credibilidad científica a la promoción comercial. Estas instancias de capacitación funcionan, en consecuencia, como espacios de articulación entre conocimiento, mercado y poder, donde el saber médico se actualiza bajo la lógica de la industria farmacéutica.

“Los médicos son muy celosos de su conocimiento” – me había dicho Sergio – “Nosotros (los laboratorios) ya tenemos productos que están instalados hace años, el médico ya sabe cómo funcionan. Ahora, cuando se saca un producto nuevo no tienen ni idea, entonces la capacitación es muy importante y esta es una forma de hacerlo” – me contaba Sergio mientras se desarrollaba el Ateneo.

El objetivo de este artículo es analizar cómo las y los APM participan en la reproducción, circulación y legitimación del conocimiento biomédico dentro del campo farmacéutico argentino, evidenciando las formas en que se configuran y reproducen jerarquías simbólicas, epistémicas y materiales entre laboratorios internacionales y nacionales. Desde una perspectiva antropológica y decolonial, el trabajo busca comprender cómo estas jerarquías se inscriben en los discursos y prácticas cotidianas de las y los APM y en los significados que estos atribuyen a los medicamentos y a los laboratorios que los producen. Desde la perspectiva de estas y estos APM, la propuesta es desplegar una mirada etnográfica sobre la industria farmacéutica, un ámbito habitualmente abordado desde disciplinas técnicas o económicas, para intentar dar cuenta de cómo las desigualdades globales en la producción del conocimiento científico se reproducen en la trama local tanto en las relaciones laborales y comerciales como en las simbólicas. Al centrar el análisis en las perspectivas nativas y las experiencias de las y los APM, la investigación aporta a la antropología de la salud una comprensión situada de cómo la matriz colonial de poder se reproduce y actualiza en el ámbito contemporáneo del capitalismo farmacéutico. A la vez, permite comprender cómo los laboratorios se posicionan como productores y difusores de conocimiento dentro del campo médico, desplazando parcialmente el rol tradicional de los profesionales de la salud como autoridades epistémicas. En este contexto, las y los APM se convierten en mediadores de un saber biomédico que se presenta como supremo, científico y neutral, pero que se encuentra profundamente atravesado por intereses corporativos y lógicas de mercado.

Es a través de la figura del *speaker*, palabra autorizada, legitimada y remunerada por cada laboratorio, que las y los médicos son “instruidos” sobre los nuevos fármacos y productos desarrollados que se comercializarán en el mercado. Ese conocimiento nuevo se incorporará al saber médico y será reforzado a posteriori por el discurso promocional de las y los APM durante “la visita”.

Desde la teoría decolonial, esta dinámica puede interpretarse a la luz de los conceptos de colonialidad del poder (Quijano, 2000) y colonialidad del saber (Lander, 2000). Según Quijano, la estructura global de la industria farmacéutica reproduce la división internacional del trabajo propia del sistema-mundo colonial-moderno: los laboratorios multinacionales, ubicados en los centros hegemónicos del Norte Global, concentran la investigación (generación de conocimiento), la innovación y el control de patentes, mientras los laboratorios nacionales ocupan posiciones subordinadas dedicadas a la copia, es decir, reproducción y comercialización de ese conocimiento ya legitimado. Esta jerarquía no solo genera dependencia económica, sino que establece un orden simbólico donde el valor científico y la autoridad epistémica se concentran en los centros de poder global. Por su parte, la colonialidad del saber de Lander (2000) permite entender cómo esta estructura económica se traduce en una jerarquía cognitiva: el conocimiento biomédico producido en Europa o Estados Unidos se asume como universal, objetivo y verdadero, mientras que el desarrollado en el contexto local se considera derivado o carente de rigor. Así, la distinción entre medicamentos “originales” y “copias” se convierte en un signo de estatus epistémico, donde el fármaco “original” simboliza el conocimiento legítimo y el “genérico” encarna un saber subordinado.

Este trabajo se inscribe en diálogo con los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (STS), particularmente con Bruno Latour (1987), quien analiza la construcción en red de la autoridad científica y los procesos de traducción que estabilizan los hechos. Desde esta perspectiva, las y los APM y las y los *speakers* operan como mediadores que traducen y legitiman el conocimiento científico, reforzando los circuitos de autoridad. Asimismo, la noción de biocapital desarrollada por Kaushik Sunder Rajan (2006) permite situar la industria farmacéutica dentro de una economía política global del conocimiento, donde los medicamentos condensan valor científico, simbólico y económico. Finalmente, las contribuciones de Annemarie Mol (2002) sobre la ontología situada de la práctica médica ofrecen un marco para pensar cómo los fármacos adquieren significado y autoridad en contextos específicos de interacción.

En conjunto, esta introducción propone un abordaje etnográfico y decolonial del campo farmacéutico argentino, que permita visibilizar cómo las desigualdades globales en la producción y circulación de saberes biomédicos se materializan en las prácticas cotidianas de las y los APM, en la jerarquización tanto de laboratorios como de medicamentos, y en la legitimación de ciertos conocimientos como verdaderos, confiables y universales en detrimento de otros.

Laboratorios nacionales y extranjeros o “multis”

El panorama de la industria farmacéutica en Argentina presenta algunas complejidades. En primera instancia, existe una división entre los laboratorios nacionales y los laboratorios extranjeros, transnacionales o multinacionales conocidos por los APM como “multis”. Los primeros constituyen empresas familiares constituidas, en su mayoría, a fines del s. XIX por inmigrantes europeos del sur. La relevancia de estos como impulsores de la industria farmacéutica en nuestro país puede vincularse con su formación científica en los campos de la química y la salud, conocimientos que trajeron desde su tierra natal. Fusiones, compras y ventas mediante laboratorios nacionales como Bagó, Roemmers y Andrómaco, fundados en las primeras décadas del S. XX, prolongaron su carácter familiar hasta nuestros días. (Campins & Pfeiffer, 2011)

En sus comienzos, la producción de medicamentos era llevada adelante por los boticarios³, profesionales que, siguiendo las prescripciones médicas, preparaban medicamentos combinando, de manera artesanal, extractos vegetales, animales y minerales. Con la aparición de las especialidades farmacéuticas y la producción estandarizada y masiva, esta práctica artesanal fue paulatinamente reemplazada hasta llegar a lo que hoy conocemos como compañías farmacéuticas (Campins & Pfeiffer, 2011).

Los laboratorios extranjeros son filiales de compañías farmacéuticas que tienen sus sedes centrales en países foráneos como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Suiza o Japón. Estos últimos, en su gran mayoría, son laboratorios que realizan investigación y desarrollo tecnológico (I+D). Esto significa que investigan, desarrollan y someten a aprobación nuevos fármacos o principios activos a partir de los cuales luego sintetizan y elaboran nuevos medicamentos o mejoran los ya existentes. Por ser producto de dicho proceso, a estos nuevos fármacos se los denomina “originales”. La compañía farmacéutica desarrolladora les pone su marca y, gracias a la Ley N° 24.481, tiene la exclusividad de su comercialización durante 20 años (Gligo, Peres & Plottier, 2023). Estas investigaciones no se realizan en Argentina. Mientras cada compañía farmacéutica multinacional o “multi” investiga en su país de origen, donde se encuentra su casa matriz, aquellas compañías farmacéuticas nacionales que cuentan con las instalaciones correspondientes se dedican solamente a la producción. Hacia el año 2020, nuestro país contaba con 354 laboratorios nacionales de los cuales 229 contaban con plantas manufactureras orientadas a la elaboración de medicamentos (Gligo, Peres & Plottier, 2023).

El proceso de investigación abarca entre diez y veinte años. Una vez concluido, el fármaco original, transformado en medicamento, sale al mercado. En este punto se diferencia el fármaco o principio activo propiamente dicho del producto terminado. Todo medicamento contiene un determinado porcentaje de principio activo combinado con cierto porcentaje de excipientes. Este se comercializa con el nombre de fantasía y la marca, es decir, el nombre del laboratorio que realizó la investigación, o con el nombre del fármaco y la marca. Pasado el período de veinte años durante el cual el laboratorio que realizó la investigación conserva el derecho de la propiedad intelectual del medicamento, la patente se vence o, como me comentaron los APM, “se cae”. A partir de entonces, todo laboratorio se encuentra habilitado para “copiar” el producto original y lanzarlo al mercado con su propio nombre o marca. Desde el discurso nativos, a ese producto se lo denomina “copia”, “genérico con marca” o, simplemente, “genérico”. Es también el momento en que los laboratorios multinacionales comienzan a investigar una nueva molécula o a mejorar las ya existentes.

Según las y los APM con los que he conversado, los laboratorios multinacionales que realizan investigación sostienen la exclusividad del fármaco original durante el tiempo que consideran que les es rentable.

“Las multis son las dueñas de las patentes porque son los que investigaron la droga y es producida nada más que por ellos. Esa droga es 100% confiable porque es la molécula original” –me explicó Javier, APM de un laboratorio nacional con 40 años en la profesión.

“[...] la droga tiene distintos orígenes también. Vos podés comprar la droga directamente al laboratorio original, que tiene otro valor, acá se compra mucho a la India a China, y es digamos una droga de

³ Antecesores de los farmacéuticos modernos, trabajaban en las boticas, locales similares a las actuales farmacias durante el S. XIX.

menor calidad, nos guste o no nos guste no es la misma calidad que un laboratorio europeo o norteamericano” –me contó Nicolás, APM de un laboratorio multinacional con 18 años en la profesión, estudiante de medicina.

En el primer relato, Javier enfatiza que solo las “multis” producen la droga original, por lo cual sus drogas se consideran “100% confiables”. Esto refleja la colonialidad del poder ya que establece un orden jerárquico global: los laboratorios centrales que investigan y desarrollan los fármacos ocupan posiciones de autoridad y control sobre los productos, mientras que los laboratorios nacionales quedan subordinados, limitados a reproducir o comercializar copias. De esta manera, se expresa la naturalización de la confianza hacia la “molécula original” y la consolidación de la dependencia tecnológica y económica de los laboratorios locales frente a los extranjeros.

En el segundo relato, Nicolás diferencia entre drogas provenientes de laboratorios originales y aquellas compradas en India o China, percibiendo estas últimas como de “menor calidad”. Aquí se evidencia fuertemente la colonialidad del saber, pues se asigna mayor valor epistemológico y legitimidad científica a los fármacos producidos en el Norte Global, mientras que los producidos en los laboratorios periféricos son vistos como inferiores, aun cuando cumplan con regulaciones locales. La percepción de calidad se convierte así en un marcador simbólico que reproduce la subordinación de los saberes locales frente a los eurocéntricos.

Ambos relatos, observados desde una perspectiva antropológica decolonial, muestran que las jerarquías entre medicamentos y laboratorios no son únicamente técnicas o comerciales, sino que consolidan una matriz colonial global heredada de poder y conocimiento, donde los APM actúan como mediadores que internalizan, reproducen y, en algunos casos, encarnan estas asimetrías estructurales en sus prácticas cotidianas.

“Los genéricos no son lo mismo. Son de otra calidad. Los medicamentos genéricos no se hacen en laboratorios de investigación, se hacen con drogas que se compran a Pakistán, Turquía, Rusia, Asia. Son copias. La droga madre, la del investigador, es la droga más confiable. Hay laboratorios que compran la droga en Pakistán, no se la compran a Pfizer sino a droguerías que hacen una copia, pero más trucha” – me comentó Javier, APM de un laboratorio nacional.

En el relato de Joaquín aparece con claridad y contundencia la idea de “calidad”. En su argumento expresa cómo las jerarquías que estructuran la industria farmacéutica reproducen lo que Aníbal Quijano (2000) denomina la colonialidad del poder y lo que Edgardo Lander (2000) conceptualiza como colonialidad del saber. En el discurso del APM, la distinción entre los laboratorios “padres de la droga” —ubicados en el Norte Global y asociados a la investigación y la innovación— y aquellos que “copian” o “compran la droga en Pakistán” reproduce una jerarquía global de legitimidad científica que coloca a los saberes y tecnologías del Sur en una posición subordinada. La referencia a Pfizer como “el padre de la droga” no solo traduce una metáfora de filiación y autoridad, sino que naturaliza una estructura de poder donde el conocimiento biomédico legítimo se origina en los centros hegemónicos —Estados Unidos, Europa— mientras los países periféricos se limitan a replicar, adaptar o comercializar sus descubrimientos. Esta narrativa refuerza, en términos de Lander, la idea de que la ciencia moderna occidental opera como un régimen de verdad universal que descalifica otras

formas de producción de saber.

A su vez, el relato de Julia, APM de un laboratorio multinacional con 15 años de profesión, nos permite analizar de manera clara cómo operan simultáneamente la colonialidad del poder (Quijano, 2000) y la colonialidad del saber (Lander, 2000) en la industria farmacéutica y en la construcción de confianza sobre los medicamentos.

“[...] si Novartis te dice “esto tiene 150 mgs. de valsartán” tiene 150 mgs. de valsartán. Si Argentina te dice “esto tiene 150 mgs. de valsartán” no sabés si los tiene o no lo tiene”

La distinción que Julia establece entre Novartis (multinacional) y Argentina (laboratorio nacional) refleja la jerarquía global de autoridad y control sobre la producción de conocimiento científico y tecnológico. Las multinacionales, al ser las propietarias de la investigación y las patentes, detentan el monopolio sobre la veracidad de la información técnica: “si Novartis te dice [...] tiene 150 mgs, tiene 150 mgs”. Esta afirmación no es neutral; reproduce una relación de dependencia en la que los laboratorios locales quedan subordinados, situando sus productos y su saber como menos confiables, naturalizando así, la legitimidad y autoridad de los saberes de los centros de producción del Norte global.

Desde la colonialidad del saber, el relato evidencia cómo se asigna legitimidad epistemológica al conocimiento producido por los laboratorios multinacionales y se desvaloriza el producido localmente. La idea de que un medicamento de laboratorio nacional “no sabés si lo tiene o no lo tiene” refleja una percepción de inferioridad cognitiva y científica, donde el saber local es percibido como inferior frente a los estándares internacionales.

Antropológicamente, este relato muestra cómo las jerarquías globales se incorporan en la práctica diaria de las y los APM, quienes internalizan y reproducen estos criterios con lo que contribuyen con sus prácticas y discursos a mantener la matriz colonial de poder y saber dentro del campo farmacéutico argentino.

En tanto los fármacos y medicamentos originales son considerados 100% efectivos y cuentan con la total confianza por parte de todas y todos los APM, las “copias” o “genéricos con marca” cargan con la desconfianza acerca de la pureza, calidad y porcentaje de miligramos de droga y excipientes que se incluyen durante su elaboración. A la vez, se manifiestan con una notable contundencia al referirse negativamente a los “genéricos sin marca”, medicamentos producidos por laboratorios que no contratan APM para su distribución. La distinción entre multinacionales, laboratorios nacionales y “genéricos sin marca”, refleja una jerarquización que responde a dinámicas históricas heredadas del colonialismo donde los sistemas de conocimiento occidentales han sido impuestos como los únicos válidos. Así, la superioridad de los laboratorios extranjeros refuerza una lógica en la que ciertos actores dominan el mercado y establecen los criterios de calidad y legitimidad de los productos. En este sentido, la confianza en los laboratorios más poderosos no es solo un fenómeno económico, sino también simbólico y discursivo. Las y los APM asocian con una confiabilidad incuestionable a todos los laboratorios internacionales (en su mayoría provenientes de Europa y Estados Unidos), con una confianza tímida a los laboratorios nacionales de renombre, mientras

que el resto de los laboratorios nacionales son sistemáticamente cuestionados. De esta manera, la construcción de la “calidad” y la “efectividad” de los medicamentos responde a narrativas impuestas desde centros de poder que legitiman ciertas formas de conocimiento y deslegitiman otras. El cuestionamiento selectivo de la calidad de los medicamentos y la jerarquización de los laboratorios responde a una matriz de poder y una lógica eurocéntrica que tiene raíces coloniales y perpetúa y reproduce desigualdades dentro de la industria farmacéutica.

En la industria farmacéutica, los laboratorios, a través de la capacitación y formación que proporcionan a las y los APM, establecen discursos, con carácter de verdad incuestionable que determinan la calidad y efectividad de ciertos fármacos y medicamentos en detrimento de otros según sus propios intereses. Ensayos clínicos e investigaciones científicas son presentados por las compañías farmacéuticas como verdades objetivas que las y los visitantes médicos internalizan como tales mediante procesos de subjetivación. Las y los APM, a través de su formación y prácticas discursivas, reproducen y refuerzan los discursos de verdad establecidos por las compañías farmacéuticas en sus interacciones con las y los profesionales de la salud. Considero importante destacar que los discursos que las y los APM reproducen, si bien ponderan los fármacos y medicamentos originales por sobre los genéricos, enaltecen a la vez, los productos de los laboratorios nacionales más importantes. A partir de esos discursos que reproducen ese conocimiento acerca de la superioridad de algunos fármacos y medicamentos sobre otros, las y los APM refuerzan el poder de las compañías farmacéuticas más preponderantes que comercializan sus productos en nuestro país. Esto da cuenta de cómo los discursos de las y los visitantes médicos operan dentro de una lógica capitalista que refuerza el poder de los grandes laboratorios sin cuestionar su posición, lo que es un claro reflejo de la hegemonía y reproducción ideológica dentro del mercado farmacéutico. Así, la distinción entre medicamento “original” y “genérico” se convierte en una extensión de esta geopolítica del conocimiento. El “original” condensa legitimidad, innovación y calidad, mientras que el “genérico” aparece bajo sospecha de ser una “copia rebajada”. Más allá de las cuestiones técnicas, lo que se pone en evidencia es una jerarquía simbólica donde se valoriza el medicamento según tanto su procedencia geográfica como la autoridad epistémica de quien lo produjo.

Hasta aquí he explicado las concepciones que las y los APM tienen sobre las drogas y medicamentos que denominan “originales”, producto de largas investigaciones llevadas adelante por los laboratorios multinacionales y las que denominan “copias”, aquellas drogas y medicamentos que son réplicas de los primeros. Esta distinción, que en apariencia remite a diferencias técnico-químicas o de procedimiento, en realidad reproduce una jerarquía epistémica que puede comprenderse desde la perspectiva decolonial. Esta clasificación no solo organiza la economía del mercado farmacéutico, sino que también produce y refuerza jerarquías simbólicas y epistémicas entre quienes investigan, prescriben, distribuyen y consumen medicamentos, reproduciendo en el campo farmacéutico argentino la matriz colonial de poder-saber que atraviesa históricamente la producción global del conocimiento.

Saberes en disputa: el poder de los laboratorios en la construcción del conocimiento médico

En el entramado de relaciones que configuran la industria farmacéutica argentina, las y los APM no son parte de la comunidad médica ni del cuerpo científico que investiga y desarrolla nuevos

fármacos, pero tampoco son simples intermediarios comerciales. Su trabajo cotidiano consiste en la distribución de muestras médicas y en la circulación de saberes biomédicos que provienen de los laboratorios y se dirigen hacia las y los médicos, en un proceso de transmisión y legitimación de conocimiento. Sin embargo, existe en esta red de relaciones, un actor social sumamente relevante: el farmacéutico.

En nuestro país, se encuentra vigente una ley de prescripción de medicamentos que, entre otros requisitos, induce al médico a recetar por nombre de la droga tanto en hospitales públicos como en hospitales y consultorios privados. De acuerdo con dicha ley, la 25.649, las y los médicos deben prescribir siempre por el nombre genérico, es decir, el nombre del fármaco sin marca. Sin embargo, según el Decreto Reglamentario 9897/03, las y los profesionales tienen la facultad de poder sugerir en la receta, junto al nombre genérico, el nombre comercial del medicamento con la debida justificación.

"[...] para los nuestros (medicamentos) que son "genéricos con marca" normalmente disponés del servicio del médico que éticamente... No te lo dio un almacenero en un papel, lo ético es la receta profesional. DCI se llama [...] Existe una ley que le sugiere al médico recetar no por marca sino por nombre de la droga. [...] Entonces...ahí...la última palabra la tiene el farmacéutico" –me explicó Héctor, APM de un laboratorio nacional.

Al subrayar que lo "ético" es que la prescripción provenga de un médico y no de un almacenero, Héctor asigna autoridad y legitimidad al saber biomédico profesional, consolidando la centralidad de los médicos como portadores de saberes legitimados y mediadores autorizados entre los laboratorios y los pacientes. La referencia a la receta por DCI (denominación común internacional) muestra cómo, aun en contextos normativos donde es posible sustituir una marca por otra, persisten mecanismos de control simbólico: la última decisión sobre qué medicamento se dispensa sigue dependiendo de la jerarquía institucional y profesional, lo cual reproduce la jerarquía de ciertos saberes sobre otros.

Desde la perspectiva antropológica, este relato revela que la circulación de medicamentos no es solo un proceso técnico, sino un entramado social donde normas, autoridad médica y APM como intermediarios refuerzan desigualdades epistémicas y simbólicas, consolidando la dependencia de los consumidores y farmacéuticos respecto de los centros de conocimiento y producción farmacéutica legítimos, en línea con la matriz colonial de poder y saber.

En el relato de Héctor es posible identificar la importancia que le otorga a la prescripción del médico. Haciendo hincapié en el hecho de que el papel "no te lo da un almacenero" sienta su posición con respecto a quién debe tener la potestad de prescribir. En la Industria Farmacéutica se denomina "mercado ético" al mercado de medicamentos que requieren receta médica. Es decir, se trata de aquellos productos medicinales que solo pueden adquirirse con la prescripción de un médico o médica (Rodríguez Malina, A., 2009) Llamativamente, se vincula estrechamente el carácter de "ético" a la receta. Lo que está escrito en ese papel es lo ético, lo correcto, lo que deber ser dispensado por la o el farmacéutico sin cuestionamientos. "La prescripción del profesional médico debe ser respetada en su totalidad y sin sustituciones por los farmacéuticos que dispensan la medicación" (Rodríguez, 2009, p.16)

“Esta ley, la verdad, le dio al farmacéutico la posibilidad de manejar él el tema porque tiene poder de decisión. Ahora el farmacéutico te cambia la receta y te vende lo que tiene más stock y lo que le da más rentabilidad. Con anuencia del paciente. En realidad, el que decide sería el paciente, pero te imaginás que el farmacéutico te lo maneja” –afirmó con contundencia Sergio.

“El negocio se lo dejaron en manos al farmacéutico, ese es el problema. Vos sos farmacéutica y hacés tu negocio, no el del laboratorio” –comentó Nicolás.

Tanto en el discurso de Sergio como en el de Nicolás, se evidencia una tensión en torno a la legitimidad del saber biomédico y a quién le corresponde detentarlo. En ambos, el farmacéutico aparece como una figura que “interfiere” en el poder de decisión que, desde la perspectiva de los APM, debería residir exclusivamente en el médico y, por extensión, en el laboratorio productor del medicamento. Esta visión jerarquiza los lugares de saber dentro del campo farmacéutico, ubicando a los laboratorios —particularmente aquellos del Norte Global— como el origen legítimo del conocimiento científico legítimo, al médico como su depositario autorizado, y al farmacéutico como un actor secundario cuya intervención comercial “distorsiona” el sentido técnico y científico del medicamento.

Desde una perspectiva decolonial, esta jerarquía reproduce las lógicas de la colonialidad del saber (Lander, 2000), en tanto se establece una estructura epistémica vertical que define dónde se produce el conocimiento válido (los laboratorios multinacionales del Norte Global) y quiénes están habilitados a reproducirlo o aplicarlo (los médicos locales). El farmacéutico, al asumir un rol de intermediación entre el medicamento y el paciente —sustituyendo la prescripción— es percibido por los APM como una amenaza al orden jerárquico de circulación del saber biomédico, en el que solo ciertos actores tienen la legitimidad de hablar en nombre de la ciencia. A su vez, la colonialidad del poder (Quijano, 2000) se expresa en la manera en que los APM naturalizan la autoridad del laboratorio transnacional como fuente de verdad científica, reforzando la dependencia epistémica y material de los saberes locales respecto de los centros hegemónicos.

En este sentido, la disputa entre médicos, farmacéuticos y APM no se limita al plano comercial, sino que remite a un conflicto por la autoridad del saber y su control dentro de una estructura global jerarquizada. Los APM, al defender el lugar del médico y del laboratorio como portadores del conocimiento legítimo, contribuyen a reproducir un orden epistémico eurocentrado, donde la ciencia —y por tanto la verdad— continúa asociada a los polos de producción del Norte Global. Esta perspectiva permite entender cómo, incluso en los debates locales sobre la receta médica o la intermediación farmacéutica, se reactivan los fundamentos coloniales que sostienen la legitimidad del saber biomédico contemporáneo.

Tradicionalmente, el rol del farmacéutico ha sido asociado al del profesional que únicamente dispensa a las y los pacientes el medicamento prescrito por “el médico”. Esto supone la invisibilización de muchas de sus competencias, entre ellas, el conocimiento sobre los fármacos y sus interacciones. Al contar con un amplio conocimiento sobre medicamentos, enfermedades y tratamientos, las y los farmacéuticos, están capacitados para brindar asesoramiento a los pacientes sobre el proceso correcto de uso de los medicamentos, sus contraindicaciones y la detección y corrección de los posibles efectos secundarios que pudieran surgir derivados de su utilización. Además, cuentan con

información detallada acerca de los diferentes sistemas de dosificación, como tabletas, cápsulas y jarabes.

Con el transcurso del tiempo y, debido a la mayor demanda social sobre cuestiones relacionadas con la promoción y prevención de la salud, la profesión farmacéutica ha ido adaptando sus prácticas basadas exclusivamente en la dispensa y venta de medicamentos a una más centrada en el paciente. Las y los farmacéuticos tienen una interacción continua con las y los pacientes que muchas veces deviene en un vínculo más estrecho del que éstos logran desarrollar con médicas y médicos. Esto tiene su explicación en el hecho de que la mayoría de las personas concurren a consultas con médicas y médicos de diversas especialidades, pero, por lo general, compran los medicamentos prescritos en la farmacia más cercana a su domicilio, donde se encuentran siempre con el mismo farmacéutico o farmacéutica. Es entonces donde el ejercicio de la dispensa activa adquiere relevancia. Esta, consiste en una actitud activa por parte de la o el farmacéutico que implique un diálogo con las y los pacientes, a fin de brindarles una correcta explicación sobre el medicamento más adecuado para cada situación particular, así como las dosis correctas para cada paciente (López & Aparisi, 2006; Lorenzati & Bertoldo, 2012; Puras & Sáenz, 2014)

Estas habilidades de las y los farmacéuticos que van más allá del conocimiento técnico y trascienden la mera entrega física de medicamentos se encuentran totalmente ausentes en los relatos de las y los APM. Poniendo énfasis en el rédito económico que, según ellos, las y los farmacéuticos intentan sacar de la dispensa de medicamentos, invisibilizan los conocimientos farmacológicos y la función social que cumplen. No sólo los caracterizan como comerciantes, sino también, les confieren un rol pasivo de simples vendedoras y vendedores de medicamentos y, sobre todo, sugieren en sus relatos, la falta de “ética” con que desempeñan su actividad en tanto tienen “el poder” de “cambiarte la receta”, lo que implica sustituir el medicamento prescrito por la o el médico por otro. Contrariamente a lo que han expresado sobre la calidad de las drogas y excipientes, las perspectivas de las y los APM sobre la dispensa de recetas en las farmacias son unánimes. Nuevamente se pone de manifiesto cómo las y los APM han internalizado los discursos transmitidos por las compañías farmacéuticas. Notablemente, este discurso es reproducido tanto por APM de laboratorios nacionales como por APM de laboratorios multinacionales. En sus relatos las y los APM realzan el rol del médico como actor fundamental que prescribe en función del bienestar del paciente y como palabra autorizada en contraposición al farmacéutico que carece de conocimientos clínicos y dispensa priorizando su propio beneficio económico. Sin embargo, esta visión pasa por alto un factor muy importante: la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción médica. El argumento acerca de que “el médico receta lo que le parece más conveniente para el paciente” encubre la manera en que las y los APM inciden en las decisiones de médicas y médicos a la hora de prescribir, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas. En este sentido, “lo más conveniente para el paciente” no siempre parece ser una decisión puramente terapéutica, sino que suele estar mediada por una conveniencia comercial que involucra tanto a profesionales de la salud como a las y los AMPs. En síntesis, estos relatos reafirman el propio rol de las y los APM dentro del sistema de salud como representantes de la industria farmacéutica y legitiman el rol de médicas y médicos, que son quienes prescriben sus marcas, en detrimento de las y los farmacéuticos, que son quienes pueden intervenir y modificar la decisión de compra de los medicamentos de las y los pacientes. Pero lo más importante en estos discursos no es quién tiene el poder de decisión sobre qué medicamento finalmente compra el

paciente. Lo que revelan es cómo los intereses económicos se ponen en juego en el entramado de relaciones que implica a la industria farmacéutica, APM, médicas y médicos y farmacéuticos. Según los discursos, con el argumento de que “no les importa” si el medicamento que dispensan “es conveniente para el paciente”, las y los APM sostienen que “el poder debe volver al médico”. Bajo esta frase subyacen tanto sus propios intereses económicos como los de los laboratorios nacionales y multinacionales para los cuales trabajan. La convergencia en las narrativas de las y los APM de laboratorios nacionales y multinacionales sugiere que, más allá de sus diferencias, comparten el interés fundamental de mantener determinados canales de influencia sobre la prescripción médica, que podrían verse amenazados por una mayor participación de las y los farmacéuticos en las decisiones sobre qué medicamentos las y los pacientes finalmente adquieren. Cuando la o el farmacéutico ofrece alternativas al medicamento prescrito, desafía no solo la autoridad médica sino, fundamentalmente, la efectividad de las estrategias comerciales de los laboratorios. De esta manera, la aparente preocupación por la autonomía médica enmascara un interés esencialmente económico que atraviesa a toda la industria farmacéutica.

Como he expresado ampliamente, en los discursos de las y los APM la figura de “el médico” adquiere una relevancia preponderante. Según lo dicho por visitadoras y visitantes, es el médico quien porta un saber certero e indiscutible sobre qué medicamento es conveniente para tratar a cada paciente en particular. Sin embargo, en sus relatos, a menudo surge una aparente contradicción, ya que, en muchas ocasiones, las y los APM expresan que son ellas y ellos quienes poseen el mayor conocimiento sobre los medicamentos.

“La visitadora anterior se le ponía de igual a igual a los médicos –me había contado Sergio durante un almuerzo que compartimos con Javier– por eso la cambiaron. Vos podés saber más que el médico, pero si se lo hacés notar, no te receta más nada” –concluyó.

“Nunca hay que demostrar que se tiene más conocimiento que el médico del producto –interviene Javier– Te voy a contar una cosa. Una vez yo a un médico le di una lección catedrática de un producto, le expliqué todo lo que tenía el medicamento, todos los componentes y cuando terminé me dijo ‘la verdad que vos, lo que me dijiste está fantástico, pero no vengas más, el médico soy yo’”. A partir de ahí digo, ‘Le averiguo y le contesto la próxima’”.

Tanto Sergio como Javier exponen claramente que existe una jerarquía establecida donde el médico debe mantener una posición dominante de conocimiento independientemente del saber real. La visitadora puede “saber más”, pero debe subordinarse a las estructuras de poder existentes. El ejercicio del saber legítimo lo tienen las y los médicos.

Situaciones como estas obstaculizan el objetivo principal que es la prescripción del medicamento que cada APM promociona. La no prescripción de la propia marca puede derivar en consecuencias económicas perjudiciales para los laboratorios y, por consiguiente, para las y los APM. Por tanto, las y los visitantes con quienes he conversado aconsejan no desafiar ese “saber médico” en el ámbito de “la visita médica”.

La frase “nunca paso por encima del médico” se hizo presente en diferentes momentos en boca de

diversos APM de todo tipo de laboratorios, tanto nacionales como multinacionales. Sin embargo, la situación descripta más arriba sólo representa la punta del iceberg. Según lo expresado durante este trabajo, son los laboratorios quienes imparten los conocimientos sobre los medicamentos a las y los médicos. Así, cuando “sacan” al mercado un producto nuevo, apelan a ese “saber médico” para transmitir a otras y otros médicos información acerca del nuevo fármaco o medicamento.

Desde una mirada antropológica, este análisis permite evidenciar cómo las y los Agentes de Propaganda Médica se convierten en mediadores que, al difundir el discurso de la industria, encarnan y reproducen esta matriz colonial de poder y saber. En sus prácticas cotidianas, los APM legitiman los saberes eurocéntricos y desvalorizan los nacionales, reproduciendo así las fronteras epistémicas y simbólicas que sostienen la desigualdad estructural del campo farmacéutico argentino.

De este modo, el artículo se inscribe en una línea de reflexión que, al igual que la propuesta de Quijano y Lander, busca desnaturalizar la idea de neutralidad científica y poner en evidencia cómo el conocimiento biomédico circula dentro de un orden global profundamente colonial.

Conclusiones

El análisis de las prácticas y discursos de las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) en hospitales argentinos me ha permitido dar cuenta de cómo la industria farmacéutica organiza y reproduce jerarquías de saber, poder y legitimidad dentro del campo médico. A través de la entrega de muestras, la mediación de los *speakers* y la circulación de información sobre fármacos originales y genéricos, las y los APM no solo transmiten conocimientos biomédicos, sino que también consolidan un orden epistémico que privilegia a los laboratorios multinacionales del Norte Global como productores legítimos del saber científico.

Desde la perspectiva de la colonialidad del poder (Quijano, 2000), se observa que estas jerarquías estructuran las relaciones entre laboratorios, médicas y médicos, farmacéuticos y pacientes, estableciendo un esquema de dependencia y subordinación de los actores locales frente a los centros hegemónicos de producción científica. A su vez, la colonialidad del saber (Lander, 2000) permite comprender cómo se naturaliza la autoridad de los laboratorios transnacionales, se construyen los medicamentos “originales” como productos del conocimiento legítimo y, por tanto, de mejor calidad, mientras se perciben las “copias” o productos nacionales inferiores tanto en calidad como epistemológicamente. Este orden epistémico jerárquico también se refleja en la percepción de las y los APM sobre las y los médicos y farmacéuticos: los primeros son depositarios del saber autorizado, proveniente de los laboratorios del Norte Global, mientras que los segundos, al modificar la prescripción o priorizar intereses comerciales, son vistos como actores secundarios que vulneran la autoridad científica de médicas y médicos.

El enfoque etnográfico de este trabajo contribuye a la antropología médica al mostrar cómo los discursos y prácticas locales están imbricados en una matriz colonial global de desigualdades epistemológicas y económicas. Asimismo, al dialogar con estudios de ciencia, tecnología y sociedad (Latour, 1987), biocapital (Sunder, 2006) y etnografías de fármacos (Mol, 2002; Petryna, 2009), se evidencia que los medicamentos y el saber médico se configuran de manera situada, atravesados

por relaciones de poder, confianza y legitimidad que exceden el plano técnico o económico.

Por último, la investigación revela que las y los APM no son meros intermediarios comerciales, sino sujetos activos en la producción, circulación y legitimación del conocimiento biomédico, articulando una jerarquía de saberes que reproduce la colonialidad del poder y del saber en el campo farmacéutico argentino hasta el día de hoy.

Referencias

- Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina: Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 26(51), 102-130. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162015000200004&lng=es&tlng=es
- Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2017). Industria farmacéutica en la Argentina. *Anuario CEEED*, 9(9).
- Aranda, M., & Rosasco, M. A. (2019). La farmacia de los medicamentos genéricos. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, 48(2), 357-371. <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v48n2.82714>
- Campins, M., & Pfeiffer, A. (2011). La importancia de las redes sociales en los orígenes de la industria farmacéutica argentina: El caso de los catalanes en Argentina. *Revista de Historia Industrial*, 20(47), 117-144.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La hybris del punto cero: Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Glilo, N., Peres, W., & Plottier, P. (Eds.). (2023). *Industria farmacéutica y sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay: Estructura, desempeño y políticas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Grosfoguel, R. (2008). Hacia un pluri-versalismo transmoderno. *Tabula Rasa*, 9, 199-215.
- Lander, E. (comp.) (2000). *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO.
- Lorenzati, N. E., & Bertoldo, P. (2012). Evaluación del tipo de dispensaciones realizadas en oficinas de farmacia de la ciudad de Córdoba. *Pharm Care Esp*, 14(1), 266-270.
- López Guzmán, J., & Aparisi Miralles, A. (2006). La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: Una aproximación ético-legal. *Derecho y Salud*, 14(2), 1-25.
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Mignolo, W. D. (2005). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Gedisa.
- Mignolo, W. D. (2010). *Desobediencia epistémica: Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la decolonialidad*. Ediciones del Signo.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Peidro, R. (2012). *Informe de análisis: Proceso de fusiones nacional-multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la industria farmacéutica*. Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud / Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina / Sindicato de Visitadores Médicos. https://www.aapmra.com/informes/12-08-01_Informe-de-analisis.pdf
- Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*.

Princeton University Press.

- Puras, G., & Saenz del Burgo, L. (2014). Atención farmacéutica: Tema 8. Dispensación activa de medicamentos. En *Atención farmacéutica (OCW-2014)*. UPV/EHU. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/45190/mod_resource/content/1/Tema_8OCW_Dispensacion_activa_de_medicamentos.pdf
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- Reátegui Valdiviezo, M. (2016). Derecho farmacéutico: Muestras médicas y muestras gratuitas: Análisis de la legislación comparada y peruana. *Anuario Dominicano de Propiedad Intelectual*, 3, 117-141.
- Rodríguez Molina, A. (2009). *Análisis del impacto de la ley de genéricos en el valor de las empresas farmacéuticas*. [Tesis de Maestría, Universidad de Buenos Aires]. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0136_RodriguezMolinaA.pdf
- Shapin, S. (1994). *A social history of truth: Civility and science in seventeenth-century England*. University of Chicago Press.
- Sunder Rajan, K. (2006). *Biocapital: The constitution of postgenomic life*. Duke University Press.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época. *Revista Andina de Letras*, 47, 25-45.