

# Una doble carencia

## La distribución pública y privada de medicamentos desde la perspectiva de los pobres del Tercer Mundo

DIANNA MELROSE\*

La mala salud afecta desproporcionadamente a los pobres. Esto ocurre tanto en los países menos desarrollados del mundo como en algunos de los más desarrollados.<sup>1</sup> Las enfermedades

1. En Gran Bretaña, por ejemplo, y de acuerdo con el Informe del Comité Black, *Inequalities in Health* (HMSO), 1980, los pobres padecen más enfermedades y tienen más probabilidades de morir en la infancia que los ricos.

\* De la Unidad de Asuntos Públicos de Oxfam, Oxford, Reino Unido, y autora de *Bitter Pills: Medicines and the Third World Poor*, Oxfam, 1982. Oxfam es un organismo de voluntarios, radicado en Inglaterra, que se dedica a aliviar el sufrimiento y a combatir la pobreza. En la actualidad financia más de 1 350 proyectos de desarrollo de pequeña escala y realiza tareas de ayuda en 78 países en desarrollo. [Traducción del inglés de Sergio Ortiz Hernán.]

enraizadas en la pobreza sólo podrán evitarse si se combaten las causas subyacentes de esa pobreza. Como se reconoce ampliamente, a las medicinas apenas corresponde un papel secundario en el proceso general de mejorar la salud mediante una distribución más equitativa de la riqueza y los recursos, una nutrición más adecuada, agua potable y mejores condiciones sanitarias. No obstante, si los pobres tuvieran acceso a un reducido número de medicamentos esenciales, podrían evitarse los sufrimientos innecesarios y la muerte prematura de millones de personas.

Empero, la realidad prevaleciente en algunos países de Asia, África y América Latina, muy diferentes entre sí, es que la mayoría de los pobres no puede obtener los fármacos genéricos de probada eficacia que requiere con urgencia, pues ni el sistema público de distribución de medicamentos, ni el privado, atienden las necesidades de los más pobres. Aunque los medicamentos se desperdician y se emplean mal en todo el mundo, en los países

en desarrollo las compras dispendiosas, así como la distribución ineficaz e incontrolada, tienen consecuencias más graves, pues, en última instancia, este desperdicio sirve para perpetuar y agravar las desigualdades económicas y sanitarias existentes.

No es posible estudiar la distribución de medicamentos sin examinar también los sistemas de atención de la salud. La dura realidad es que casi tres cuartas partes de la población que vive en la mayor parte del Tercer Mundo no tienen acceso a los servicios básicos de salud.<sup>2</sup> La falta de una infraestructura de atención fundamental de la salud que satisfaga las necesidades de la mayoría es el obstáculo más importante para lograr una distribución segura y eficaz de los medicamentos en los países en desarrollo. Empero, los pobres del Tercer Mundo se enfrentan a una doble carencia: sufren por la falta de servicios organizados de salud, y por esa ausencia son particularmente vulnerables a las presiones provenientes de los mercados comerciales de medicamentos, que crecen sin cesar y casi están libres de regulaciones en muchos países.

#### EL SECTOR PÚBLICO

El problema de los muy inadecuados servicios de salud y de la pobre disponibilidad de medicamentos esenciales en este sector obedece en buena parte a razones económicas. En 1978-1979, el Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña gastó más de 900 veces más en atender a 54 millones de personas en las islas británicas que el Ministerio de Salud de Bangladesh en cuidar la salud de los 85 millones de habitantes de este país.<sup>3</sup> Casi de modo invariable, los presupuestos de salud son muy limitados y los ministros del ramo son notoriamente débiles. En efecto, carecen de la influencia necesaria para aumentar su participación en el gasto general del gobierno, así como para implantar políticas racionales que, si bien ponen en jaque a ciertos intereses comerciales, permiten mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales.

La presión sobre los fondos escasos se exagera en gran medida porque la mayoría de los países del Tercer Mundo ha establecido sus sistemas de salud conforme al modelo de los servicios curativos caros de las naciones ricas. A pesar de la preferencia que ahora se otorga al cuidado fundamental de la salud, resulta difícil romper los moldes establecidos, en la medida en que los costos de mantenimiento de los servicios hospitalarios crecen en espiral y devoran los escasos presupuestos de salubridad. Así, por ejemplo, los servicios hospitalarios urbanos de Tanzania, que benefician a un poco más de 14% de la población, absorben 60% del presupuesto total del ramo. Los pobres del campo llevan la peor parte, ya que dos de cada tres aldeas carecen de toda instalación o servicio de salud.<sup>4</sup>

Además, los pobres padecen por la falta de personal capacitado en la materia. Los gobiernos reconocen la urgente necesidad

de formar paramédicos y de desarrollar sistemas de referencia en las zonas rurales para darles apoyo; sin embargo, en la mayoría de los casos, la demanda supera con mucho al número de paramédicos que se capacitan adecuadamente. Mientras tanto, se siguen destinando enormes sumas de dinero a la capacitación de doctores que egresan de las escuelas de medicina sin intención alguna de trabajar en las zonas rurales más pobres o en los barrios marginados urbanos, lugares en donde no encontrarán la tecnología a la cual se han acostumbrado.<sup>5</sup>

Gran parte de esta costosa formación de médicos resulta contraproducente para las necesidades de los pobres. Absorbe recursos sin lograr que los estudiantes abran los ojos a las raíces sociales y económicas de la mala salud, y también estimula la dependencia con respecto a los caros medicamentos importados. A guisa de ejemplo, un médico que egresara de la facultad de medicina de Bangladesh en 1980 habría pasado por cinco años de estudio, sin haber recibido jamás una sola lección sobre tratamientos no medicamentosos adecuados para la diarrea, a pesar de que tal tipo de padecimiento representa más de 50% de las enfermedades del país.<sup>6</sup> No debe causar sorpresa, por tanto, que esta enseñanza inadecuada estimule a los médicos a ceder a las presiones publicitarias prescribiendo medicamentos antidiarreicos caros. Muy raras veces inducen a sus pacientes pobres a rehidratarse por vía oral, lo cual les permitiría beneficiarse de un medio seguro y muy barato de salvar vidas, además de que ahorraría al país el gasto de preciosas divisas.

Es muy desigual la distribución del presupuesto nacional para medicamentos, lo mismo que el de las instalaciones y el personal de salud, y en muchos países favorece a la minoría urbana. En 1979, se destinó en Tanzania 14% del presupuesto nacional de medicamentos al hospital de prestigio de la capital, en tanto que todos los dispensarios oficiales del país recibieron sólo 15% de ese presupuesto. En consecuencia, hubo escasez de medicamentos en las zonas rurales, donde apenas un poco más de un tercio de los dispensarios estaba adecuadamente dotado de fármacos.<sup>7</sup>

La mayoría de los países en desarrollo padece graves faltantes de medicamentos esenciales, sobre todo en las zonas rurales remotas; esto daña a los pobres con la mayor severidad. A la escasez de medicamentos esenciales contribuyen la ineficacia burocrática, las dificultades logísticas de transporte y almacenamiento, y los controles inadecuados que propician el robo de fármacos. También actúa en el mismo sentido la prescripción excesiva, problema asimismo endémico en los países desarrollados. Las compras dispendiosas de medicamentos no esenciales e innecesariamente caros desempeñan un importante papel en el drenaje de fondos que podrían utilizarse para adquirir grandes cantidades de productos esenciales genéricos de bajo costo.

La lógica de seleccionar un conjunto limitado de medicinas esenciales es obligatoria en vista de los limitados presupuestos de salud, la escasez de divisas y la falta de personal sanitario y de farmacéuticos capacitados para prescribir medicamentos en los

2. ONUDI, *Global Study of the Pharmaceutical Industry*, 22 de octubre de 1980, p. 14.

3. Dianna Melrose, *op. cit.*, p. 20.

4. Ministerio de Salud de Tanzania, *Evaluation of the Health Sector 1979*, octubre de 1980.

5. Dr. Halfdan Mahler, "The meaning of 'health for all by the year 2000'", en *World Health Forum*, vol. 2, núm. 1, 1981.

6. Melrose, *op. cit.*, p. 22.

7. Ministerio de Salud de Tanzania, *op. cit.*

países en desarrollo. La lista de medicamentos básicos que auspicia la OMS se considera el mejor medio para garantizar el uso seguro y eficaz, desde el punto de vista del costo, de los fármacos que atiendan las necesidades prioritarias en materia de salud. Al menos lo es en cuanto al sector público, ya que se ejercen presiones concertadas para frenar los intentos de implantar controles en el sector privado. Con notables excepciones, tal como la de Mozambique, muy pocos países han eliminado el desperdicio y el uso de fármacos no esenciales, o limitado la prescripción a sólo el de los tratamientos más eficaces desde el punto de vista del costo.

A pesar de que en numerosos países existen listas circunscritas de medicamentos prioritarios que tienen el propósito de racionalizar la adquisición en el sector público, en muchos casos pueden evadirse los controles centralizados de las compras gubernamentales de productos farmacéuticos. Un ejemplo de esto es lo que ocurre en México, en donde los representantes de ventas de las empresas farmacéuticas han continuado la promoción de sus productos y distribuyen muestras gratis en los hospitales. Como resultado, los médicos presionan a los administradores de los hospitales para que compren medicamentos no comprendidos en el Cuadro Básico del país que enlista 426 fármacos esenciales.<sup>8</sup>

Una ventaja importante y, al mismo tiempo, una debilidad obvia del enlistado de Medicamentos Esenciales de la OMS como guía para los administradores de fármacos es su carácter flexible y abierto a la interpretación. Casi un tercio de los medicamentos incluidos en la lista de 1979 se da como ejemplo de una categoría terapéutica y se aconseja a las autoridades sanitarias que "elijan el producto farmacéutico más barato que resulte eficaz y aceptable".<sup>9</sup>

Los administradores sufren las presiones de entusiastas representantes de ventas que pueden estar deseosos de promover algunos de los últimos productos de patente. Muy pocas autoridades encargadas de la regulación en los países en desarrollo están en aptitud de evaluar las pruebas presentadas por los fabricantes en apoyo de sus pretensiones. Pocas tienen acceso a evaluaciones científicas objetivas y menos aún disponen de instalaciones para efectuar sus propias pruebas clínicas. Tienen que confiar en las decisiones regulatorias adoptadas en las naciones desarrolladas, las cuales no garantizan a los países pobres que, por ejemplo, un nuevo producto anti-inflamatorio o antidepresivo valga lo que se pague por él en cuanto a satisfacer las necesidades. En consecuencia, es posible que los medicamentos seleccionados para los servicios de salud no representen el uso más conveniente de los fondos públicos en lo que respecta a la relación costo-eficacia.

Son los pobres los que sufren de manera más aguda los efectos de las presiones de promoción y de las compras dispendiosas en el sector público. Los resultados de un detallado estudio sobre la disponibilidad de medicamentos en tres unidades de cuidado básico de la salud, situadas en zonas rurales de la India, constituyen una buena ilustración de los problemas a los que nos referimos. Según los autores del estudio, "la mayoría de los

medicamentos adquiridos se compró de acuerdo con sus nombres comerciales y resultó varias veces más cara que los fármacos equivalentes de nombres genéricos". Así, se almacenó un conjunto antieconómico de marcas diferentes de medicamentos casi idénticos, y "se desperdiciaron valiosos recursos en la adquisición de fármacos de dudosa o limitada eficacia terapéutica, tales como enzimas y vitaminas". En cambio, numerosos medicamentos de los más útiles escaseaban mucho. Como resultado, un promedio de 40% de los pacientes fue enviado a comprar medicinas que no había en existencia. "Como no había farmacias en ninguna de las aldeas en donde se localizaban los centros de cuidado básico de la salud, los aldeanos se vieron obligados a conseguirlas en las ciudades, o quedarse sin ellas."<sup>10</sup>

Cuando los dispensarios rurales se quedan sin medicamentos, la consecuencia más obvia es que la gente deja de acudir a ellos. Ocurre entonces que los gobiernos deben seguir pagando por instalaciones de salud que están subutilizadas; además, los paramédicos tienen mayores dificultades para lograr que se les acepte como educadores de la salud cuando no pueden entregar los medicamentos básicos a los enfermos. Esto resalta la urgencia de mejorar el suministro de los fármacos esenciales para el cuidado fundamental de la salud.

#### DISTRIBUCIÓN PRIVADA DE MEDICAMENTOS

Las desventajas del sistema sanitario oficial y la riqueza relativa y creciente de un pequeño sector de la población han estimulado el rápido crecimiento de la medicina privada en la mayoría de los países en desarrollo. Las ventas de medicamentos del sector privado han florecido y ha disminuido la distribución pública de esos productos. En algunos países en desarrollo, el valor de los fármacos distribuidos a través de canales privados supera al 90% del total. Tal es el caso, por ejemplo, de Bangladesh, Nepal y Yemen del Norte.<sup>11</sup>

En años recientes, los países del Tercer Mundo han estado duplicando su gasto en medicamentos cada cuatro años, en tanto que su PNB sólo se ha doblado cada dieciséis.<sup>12</sup> Como consecuencia de esta rápida expansión y ante la falta de la infraestructura y el personal capacitado necesarios para suministrar los fármacos con seguridad y eficiencia, se ha desarrollado un sistema de distribución que responde en buena medida al azar y que está peligrosamente falto de regulación.

Pocos gobiernos del Tercer Mundo han tenido éxito en imponer controles significativos a la venta privada de medicamentos. Es posible obtener libremente, en el mostrador de las farmacias o con vendedores ambulantes, productos potencialmente tóxicos que en los países desarrollados sólo se pueden adquirir con una receta médica. Mientras que menos de una cuarta parte de

10. Prof. I.C. Tiwari, Dr. S.C. Mohapatra y Dr. S.D. Gaur, Departamento de Medicina Social y Preventiva, Banaras Hindu University (Universidad Hindú de Benarés), "Drug Needs and Availability for Primary Health Care in a Rural Community in India", ensayo presentado en el Simposio de Cuidado Fundamental de la Salud, celebrado del 13 al 16 de abril de 1982 en la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool.

11. Melrose, *op. cit.*, p. 25.

12. David Piachaud, "Medicines and the Third World", London School of Economics, 1979 (mimeo.).

8. Pascale Brudon, *L'Industrie Pharmaceutique Suisse dans les Pays Sous Développés*, Instituto de Estudios del Desarrollo, Ginebra, 1981, p. 209.

9. OMS, *The Selection of Essential Drugs*, 1979.

los fármacos que se venden en Gran Bretaña son productos que no requieren receta, se estima que en algunos países en desarrollo hasta 75% de los productos medicinales se adquiere sin una prescripción del médico.<sup>13</sup> En Gran Bretaña, donde el uso de medicamentos está estrictamente regulado, se sabe que un paciente de cada diez sufre alguna reacción adversa a la medicación prescrita. Aún más, un titular de la Cátedra Regius de Medicina de Cambridge considera que la cifra estimada de 6 000 muertes al año "vinculadas con recetas del Servicio Nacional de Salud, probablemente no está subestimada".<sup>14</sup> En la mayoría de los países en desarrollo, en donde no se regula el uso de medicamentos, es imposible medir el alcance de las enfermedades inducidas por los fármacos. Las autoridades médicas de América Latina creen que ese fenómeno es "alarmantemente alto".<sup>15</sup>

La falta de controles en el mercado privado de la mayoría de los países en desarrollo causa problemas importantes. Son los pobres los que más los resienten. Los vendedores de medicamentos, y en algunos casos incluso los médicos, tienen intereses creados y desean vender la mayor cantidad posible de fármacos y también recomiendan los de mayor precio.

Algunos sostienen a veces (sobre todo los fabricantes) que el establecimiento de controles en el mercado privado, dirigidos a suprimir los medicamentos no esenciales, que son tanto innecesarios como potencialmente dañinos, y las marcas caras de productos genéricos bien establecidos será de poco beneficio para los pobres del Tercer Mundo debido a que los principales consumidores de fármacos son los ricos. Sin duda, la élite adinerada de los países en desarrollo gasta más en medicamentos que los pobres, pero la diferencia puede ser sorpresivamente pequeña en vista de las grandes disparidades en el ingreso. Así, por ejemplo, según un estudio del uso de fármacos en una ciudad del sur de Brasil, las familias residentes en los barrios más ricos gastaron sólo dos y media veces más por mes en adquirir medicamentos que las familias pobres habitantes de las poblaciones precarias.<sup>16</sup>

Según las pruebas de mayor peso, son los pobres los que ganarán más si se suprimen los medicamentos no esenciales y se establecen controles de precios y de las prácticas de promoción. Una antropóloga que estudió el acceso al tratamiento médico y al uso de fármacos en una población de El Salvador encontró que si bien los vendedores comerciales de medicamentos son una fuente importante de tratamiento para ricos y pobres, son los más pobres quienes dependen en mayor medida de esos vendedores. No pueden pagar la consulta a un médico además de adquirir las medicinas, de manera que muchos van directamente a las farmacias en busca de tratamiento. En ellas se vuelven víctimas de las tácticas de ventas a presión, ya que "empleados y dueños de las farmacias recomiendan siempre los medicamentos más caros y en exceso a los clientes que acuden en procura de conse-

jos para atender su salud". Además, se encontró que el sistema de promoción y distribución mediante agentes viajeros de los laboratorios es un elemento que aumenta considerablemente el costo del tratamiento. Los clientes que buscaron consejos médicos en farmacias abastecidas por agentes de ventas que han obligado a los propietarios a almacenar un amplio conjunto de productos caros pagaron en promedio 260% más que aquellos que procuraron tratamiento en farmacias abastecidas por mayoristas y, por tanto, no sometidas a presiones directas de promoción.<sup>17</sup>

Debido a su falta de capacidad adquisitiva, los pobres del Tercer Mundo virtualmente no influyen en la dinámica del mercado de medicamentos. Éste se caracteriza por su gran movimiento de productos redituables, aunque no esenciales, y de medicamentos caros de marca que se venden a precios inflados muy por encima de los costos reales de producción.<sup>18</sup> El mercado del Tercer Mundo se considera esencialmente como un vertedero. Los hábitos de consumo de medicamentos se han transferido indiscriminadamente de las naciones ricas a las pobres y esta dependencia tiene costos tanto sociales como económicos. De acuerdo con la OMS, "en años recientes se han colocado en el mercado numerosos productos medicinales con muy poca preocupación por las distintas necesidades y prioridades sanitarias de los diversos países. Las actividades de promoción de los fabricantes de medicamentos han creado una demanda superior a las necesidades reales".<sup>19</sup>

Un ejemplo de estímulo dispendioso de la demanda en los países pobres es el de las vitaminas y los tónicos. El valor de este tipo de productos importados a Yemen del Norte en 1980 llegó a 17.8% del valor total de las importaciones farmacéuticas. Mientras tanto, sólo 1.3% de dicho total se dedicó a medicamentos para tratar tres de las enfermedades más difundidas del país: malaria, esquistosomiasis y tuberculosis.<sup>20</sup>

En Bangladesh, antes de que se anunciara, en 1982, la nueva política farmacéutica, casi un tercio del mercado estaba constituido por productos no esenciales, sin relación alguna con las necesidades más urgentes de los pobres. Sólo la mitad de los medicamentos considerados esenciales para las necesidades internas por las autoridades sanitarias se fabricaba en el país, en tanto que las filiales de algunas de las principales empresas farmacéuticas, que disponen de la tecnología y los conocimientos técnicos para elaborar los medicamentos esenciales, se dedicaban a producir en masa complejos vitamínicos, tónicos y preparados contra la tos y el resfriado.<sup>21</sup>

17. Ann Ferguson, "The Role of Pharmaceuticals in the Process of Medicalization in Asunción. El Salvador" (mimeo.) y "The Effects of Source of Supply of Medications on Health Services Dispensed in Pharmacies in a Salvadoran Town" (mimeo.). Departamento de Antropología, Universidad Estatal de Michigan.

18. Los costos reales de producción representan apenas de 20 a 30 por ciento de los precios que fijan las empresas que realizan investigación; "de 70 a 80 por ciento de la cifra de ventas corresponde a costos generales y a utilidades". Véase Dr. Klaus von Grebmer, Ciba Geigy, *Pharmaceutical Prices: A Continental View*, OHE, Londres, 1978, p. 8.

19. Documento de Apoyo de la OMS sobre "National Policies and Practices in Regard to Medicinal Products and Related International Problems", A/31/Technical Discussions/1, marzo de 1978, párrafo 4.3.

20. Dr. Mohammed Jafer Saeed, "La otra cara de las empresas farmacéuticas", documento mimeografiado en árabe.

21. Melrose, *op. cit.*, pp. 37-44.

13. Melrose, *op. cit.*, p. 25.

14. Sir John Butterfield, "The Contribution of modern medicines", en George Teeling-Smith y Nicholas Wells (eds.), *Medicines for the Year 2000*, Office of Health Economics, Londres, 1979, p. 30. (Los "Regius Professors" ocupan cátedras instituidas por una merced real en las universidades de Oxford o de Cambridge. N. del T.)

15. Milton Silverman y Mia Lydecker, "The promotion of prescription drugs and other puzzles", en Blum et al. (eds.), *Pharmaceuticals and Health Policy*, 1981, p. 85.

16. A. Giovanni, *A Questão dos Remédios no Brasil*, Polis, São Paulo, 1980.

La distribución privada de medicamentos no esenciales daña a los pobres de manera directa e indirecta. Médicos y vendedores prescriben rutinariamente polivitaminas y tónicos. Los pobres harán muchos sacrificios para adquirir productos tales como el complejo vitamínico B, a menudo a expensas de tratamientos útiles o de alimentos naturales que aportan fuentes más baratas de nutrientes.<sup>22</sup> De manera indirecta los pobres resultan perjudicados en la medida en que la producción de artículos innecesarios equivale a un enorme desperdicio tanto de las escasas divisas como de la capacidad interna de producción que podría utilizarse mejor si se dedicara a aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales de bajo precio.

Así, las presiones comerciales que surgen de las principales naciones productoras de medicamentos tienen efectos extremadamente negativos en la salud y en los escasos recursos de los pobres. En un estudio de 1980, que se "basa en las opiniones de personajes de la industria", intitulado *Oportunidades para las empresas farmacéuticas en el mundo en desarrollo durante los próximos 20 años*, se muestra el grado en que chocan las posibilidades de hacer negocios, tal como las perciben las empresas, con las necesidades de los pobres. Se afirma: "las necesidades más importantes de medicamentos en los países en desarrollo seguirán siendo las de antibióticos, preparados contra la tos y el resfriado, vitaminas, analgésicos, hormonas y tónicos, pero la demanda de otros tipos crecerá en concordancia con el aumento de la urbanización y la industrialización".<sup>23</sup>

Aparte de la abundancia de fármacos innecesarios, otro rasgo dominante del mercado comercial, que resulta igualmente perjudicial para los intereses de los pobres del Tercer Mundo, es la proliferación de productos caros de marca y, en contraste, la escasez de genéricos baratos. En México, por ejemplo, los 80 medicamentos de mayor venta en 1978 fueron, sin excepción, productos de marca de las principales compañías extranjeras, cuyos centros de investigación están en Estados Unidos y en Europa.<sup>24</sup> La fuerza que ejercen en el mercado los fabricantes de mayor prestigio asegura que los medicamentos que más se venden sean a menudo también los más caros. Gracias a las presiones comerciales se crea una situación en la que los más pobres pagan precios innecesariamente altos a cambio de medicamentos bien conocidos. Estos precios llegan a ser astronómicamente elevados tanto en relación con los salarios como con respecto al costo de satisfacer las necesidades básicas. En México, verbigracia, 20 tabletas del bactericida de mayor venta (Bactrim, de Roche, el cotrimoxazole más caro del mercado en 1978) equivalía al costo de suficientes frijoles para cubrir durante dos semanas la dieta básica de una familia de cuatro personas.<sup>25</sup>

Al pagar por las marcas sobresalientes de los medicamentos mejor conocidos, los pobres del Tercer Mundo soportan el injusto fardo de los costos de un dispendioso sistema de mercado que obliga a los fabricantes a competir mediante la producción constante y sucesiva de medicamentos nuevos. La industria farmacéutica internacional dedica apenas 1% de sus cuantiosos costos de

investigación y desarrollo a tareas directamente relacionadas con las enfermedades del Tercer Mundo,<sup>26</sup> lo que equivale aproximadamente a la mitad de lo que se gasta en producir sólo un fármaco nuevo.

La investigación de nuevos productos farmacéuticos es vital para la salud en el planeta y, en teoría, los pobres del Tercer Mundo podrían beneficiarse gracias a la investigación y desarrollo (I y D) dedicados a los padecimientos cardíacos, el cáncer y otras enfermedades crónicas y virales que son comunes a los países de ambos mundos. Empero, los costos de I y D de los fármacos que los pobres del Tercer Mundo requieren con mayor urgencia se han recuperado en su mayor parte desde hace mucho.<sup>27</sup> Aún más, hay una amplia separación entre los beneficios teóricos y las ventajas concretas que obtienen los pobres, como lo demuestra el hecho de que aún no se benefician con los resultados de la tecnología de medicamentos esenciales que se desarrolló en los cincuenta y sesenta.

La pobreza y la falta de controles estrictos sobre la distribución de medicamentos imponen una responsabilidad especial a los productores farmacéuticos en los países en desarrollo. Aparte del crucial imperativo social de que sólo se comercialicen los fármacos necesarios de mejor relación costo-eficacia, a fin de minimizar los riesgos del uso de medicamentos, la distribución debería limitarse a aquellos productos cuyos beneficios potenciales superen claramente a sus riesgos posibles. No obstante, aún subsisten graves problemas que han de resolverse. Así lo demuestran casos tales como la venta comercial de esteroides anabólicos a guisa de estimulantes del apetito en algunos de los países más pobres del mundo, o la promoción de fármacos que contienen cloramfenicol para tratar diarreas comunes de los niños.<sup>28</sup> Cuando se propicia el empleo inadecuado de medicamentos tóxicos, aunque puedan salvar vidas, tal como el cloramfenicol, pende sobre la existencia de los pobres la mayor amenaza. En efecto, cuando el uso inadecuado genera resistencia al medicamento, son los más pobres los menos aptos para pagar el costo extra de un segundo tratamiento.

En conclusión, el hecho de que el mercado privado represente una importante fuente de tratamiento para los pobres del Tercer Mundo significa que las medidas de racionalización dirigidas a impedir el desperdicio y acabar con los medicamentos no esenciales deben aplicarse por igual al sector público y al privado. Se requieren con urgencia nuevas políticas generales a fin de aumentar los fármacos esenciales al alcance de los pobres. Para que esas políticas sean posibles es preciso que los gobiernos del Tercer Mundo manifiesten la voluntad política de colocar las necesidades sanitarias de la mayoría por encima de los intereses comerciales de una minoría. Sin embargo, el éxito de esas medidas depende de que los gobiernos de los países en desarrollo puedan contar con el apoyo activo de las autoridades de las principales naciones productoras de medicamentos, y de que los fabricantes farmacéuticos estén dispuestos a adoptar políticas de comercialización más visionarias. □

22. *Ibid.*

23. Information Research Limited, *Opportunities for Pharmaceuticals in the Developing World over the Next Twenty Years*, junio de 1980, p. 7.

24. Brudon, *op. cit.*

25. *Ibid.*

26. David Taylor, *Medicines, Health and the Poor World*, Office of Health Economics, Londres, 1982.

27. Office of Health Economics Briefing Paper, *Trends in European Health Spending*, núm. 14, mayo de 1981, p. 5.

28. Melrose, *op. cit.*, pp. 102-106 y 113-116.