

Las marcas, la industria farmacéutica y los países en vías de desarrollo

PETER O'BRIEN

INTRODUCCION

Son varias las razones por las cuales resulta oportuno analizar los efectos de las marcas registradas por la industria farmacéutica en los países en vías de desarrollo:

- La oferta y el consumo en este sector están muy condicionados por el sistema de marcas registradas.¹
- El sector farmacéutico es el más importante del mundo en cuanto se refiere al registro de marcas; por tanto, lo que suceda en él tendrá un gran efecto sobre los otros sectores.
- Frente a las marcas existe otro método internacionalmente reconocido y utilizado en distintos grados por varios países para identificar los medicamentos: el uso de los nombres genéricos; así, cualquier política que se oriente a restringir el papel de las marcas podría contar con un sólido fundamento.
- Muy pocas industrias tienen la vasta importancia social característica de la farmacéutica, y muy pocas presentan una red de relaciones tan compleja; el rumbo que ha adoptado esta actividad, y el que pueda adoptar en el futuro, interesa vivamente a los médicos, a los farmacéuticos, a los individuos en cuanto pacientes, a los servicios sociales y a las grandes empresas químicas.

Como una introducción que enfrenta al lector simultáneamente con varias de las cuestiones fundamentales, los párrafos siguientes son una breve elaboración de las cuatro razones de interés que he mencionado.

Nota: Traducción del inglés de Rubén Svirsky.

1. "Marca registrada o registrable es un término que sólo se aplica a la que ha sido o será aceptada para su inscripción en el Registro de Marcas según lo dispuesto por la Ley correspondiente. Marca es un término de uso popular que se utiliza para referirse a uno u otro de los términos jurídicos específicos." (Economic Council of Canada, *Report on Intellectual and Industrial Property*, enero de 1971, p. 181.) En este trabajo utilizaré indistintamente los términos "marca" y "marca registrada" para referirme a las registradas.

El valor de la producción de medicamentos en 1971 se ha estimado en aproximadamente 21 000 millones de dólares, cantidad que no incluye la producción de los países socialistas de Europa oriental ni la de China (excepciones significativas, dado que pueden ser proveedores importantes de varios medicamentos genéricos). Alrededor de 10% de ese total se produjo en los países en vías de desarrollo, con una alta concentración en la India, México y Brasil, que representaron cerca de 56% de la producción correspondiente a este grupo de países.²

Aunque éstos tienen algo así como 70% de la población mundial, sólo representan alrededor de 20% del consumo total,³ con cantidades anuales *per capita* que probablemente no exceden de cinco dólares en América Latina y están entre uno y dos dólares en Asia y África. Sin embargo, debido a la muy desigual distribución del ingreso, este consumo corresponde a segmentos muy limitados de la población. El Comité Hathi, de la India, estimó que sólo 20% de la población de ese país utiliza medicamentos modernos.⁴

En casi todos los países es muy grande la cantidad de productos farmacéuticos, y aún más la variedad de formas y dosificaciones en que se presentan al público. Según las estadísticas, en Bélgica había 9 000 "presentaciones" en el mercado; 8 500 en Francia; 24 000 en la República Federal de Alemania; 21 000 en Italia; 12 400 en España; 9 000 en el Reino Unido; una cantidad indeterminada que podría oscilar entre 14 000 y 35 000 en Estados Unidos; 14 000 en

2. Las cifras se tomaron de Sanjaya Lall, *Major Issues in the Transfer of Technology to Developing Countries: A Case Study of the Pharmaceutical Industry*, documento de la UNCTAD TD/B/C.6/4, Ginebra, 1975, o se calcularon con base en este estudio. [Véase también Sanjaya Lall, "Los efectos de la tecnología avanzada en los países en desarrollo: el caso de la industria farmacéutica", en *Comercio Exterior*, vol. 26, núm. 11, México, noviembre de 1976, pp. 1321-1325. N. de la R.]

3. *Eastern Economist*, 22 de agosto de 1975, p. 370.

4. *Report of the Committee on Drugs and Pharmaceutical Industry*, Ministerio de Petróleo e Industrias Químicas, Nueva Delhi, abril de 1975, p. 194. A este Comité se le llama habitualmente Comité Hathi.

Brasil; 15 000 en Colombia; 15 000 en la India, y se ha dicho que en México podría haber tantas como 80 000 variedades en el mercado.⁵ Dado el enorme grado de diferenciación de los productos, no es sorprendente que los costos de publicidad constituyan una proporción también muy alta de las ventas: generalmente por lo menos una sexta y a veces más de una cuarta parte de éstas.⁶ *Los costos de publicidad exceden ampliamente a los de investigación y desarrollo y suelen más que triplicarlos; la farmacéutica es, fundamentalmente, una industria de mercadeo intensivo.*

Estudios realizados en varios países subrayan el papel central desempeñado por el sector farmacéutico como usuario del sistema de marcas. Así, en uno efectuado en Etiopía se llegó a la conclusión de que un tercio de todas las marcas registradas correspondía a esta industria;⁷ un análisis de 845 contratos inscritos en 1972 en el Registro Nacional de Contratos de Licencia y Transferencia de Tecnología, de Argentina, referentes a marcas (ya sea solas o vinculadas con patentes y asistencia técnica), demostró que el sector farmacéutico era el predominante;⁸ en México, el examen de una muestra de 618 contratos referentes a marcas y aceptados para su inscripción por el Gobierno entre el 1 de febrero de 1973 y el 31 de diciembre de 1975 indicó que el farmacéutico era uno de los principales sectores industriales presentes;⁹ en Irlanda, cálculos basados en la clasificación internacional de marcas demostraron que, "en promedio, el conjunto de registros de productos químicos (clases 1-5) representa alrededor de 40% de los registros totales de cada año. Esto significa más del doble de los registros provenientes de cualquier otro agrupamiento de industrias afines: por ejemplo, el de maquinaria y equipo (clases 6-12) sólo comprende de 15 a 18 por ciento de los registros. Incluso las industrias de alimentos, bebidas y tabaco no producen en conjunto más de 20%, aproximadamente, de los registros anuales. Si se considera cada una de las clases por separado, la cantidad de registros en la número 5, que incluye las sustancias farmacéuticas, siempre ha sido la mayor, con un holgado margen sobre la clase siguiente. En la clase farmacéutica, las marcas parecen tener una importancia singular. En Irlanda, las solicitudes de registro para la clase 5 exceden con mucho las de cualquier otra clase; en general, representan alrededor de 20% del total en cualquier año".¹⁰

5. Datos tomados de DAFSA, *The Pharmaceutical Industry in Europe*, pp. 40 y 41; Comité Hathi, *Business Latin America*, 5 de diciembre de 1973; Constantine Vaitos, *Inter-country Income Distribution and Transnational Enterprises*, Londres, 1974, p. 38; la referencia a México fue tomada de Ivan Illich, *Medical Nemesís*, Calder and Boyars, Londres, 1975, p. 41. [Según la 21a. edición mexicana del *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas*, Ediciones PLM, México, 1974, registra más de 16 000 productos distintos. N. de la R.]

6. Hay cifras comparativas en Jorge Katz, *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 1974.

7. Véase Peter O'Brien y Ruman Faruqi, "Industrial Property in Ethiopia", en *Journal of World Trade Law*, Twickenham, Inglaterra, noviembre-diciembre de 1976.

8. Instituto Nacional de Tecnología Industrial, *Aspectos económicos de la importación de tecnología en la Argentina en 1972*, Buenos Aires, 1974.

9. Jaime Alvarez Soberanis, "Justificación de una política que restrinja el uso de marcas extranjeras en México", en *Comercio Exterior*, vol. 26, núm. 8, México, agosto de 1976, pp. 940-951, especialmente las pp. 948 y 949.

10. Kevin Goggin, *The Irish Trademark System* (mimeo.), Dublín, 1975, pp. 71, 72 y 74.

En todos los campos, los nombres genéricos (es decir, palabras o frases que describen objetos de una clase particular) adquieren la condición de "palabras normales" mediante el uso repetido y familiar, o se crean especialmente para cumplir ese propósito; es esto último lo que ha sucedido en la industria farmacéutica. Los medicamentos se pueden designar por un nombre químico que coincida con la nomenclatura química corriente; sin embargo, muchas veces el nombre resultante es muy largo e intrincado. Debido al aumento de la cantidad y la complejidad de los medicamentos, se han adoptado nombres más sencillos que los químicos, y se los ha incluido en farmacopeas nacionales, como las del Reino Unido y de Estados Unidos. Sin embargo, los sistemas de distribución internacional de medicamentos condujeron a una situación en la cual un mismo producto tenía diferentes nombres en distintos países, situación que era no sólo confusa sino potencialmente peligrosa. Por esa razón, se solicitó ayuda a la Organización Mundial de la Salud para elaborar una lista de "nombres internacionales no registrables". Esta lista se hizo. Fue adoptada por la mayoría de los países y se utiliza en las farmacopeas nacionales. *Estos nombres no registrables son los conocidos como "nombres genéricos", y las medicinas que se venden con esos nombres se denominan "medicamentos genéricos"*. Ejemplos conocidos son la tetraciclina, el cloramfenicol y el diazepam. Las marcas registradas por el sector farmacéutico deben analizarse en este contexto, puesto que si bien el trabajo de los laboratorios fue el que dio la base para seleccionar los nombres genéricos, también fueron ellos los que inventaron las marcas. "Ante el Comité Kefauver, Solomon Garb, catedrático de farmacología del Colegio Médico de Albany, declaró lo siguiente con respecto al origen de los nombres genéricos: *Los nombres genéricos no sólo fueron creación de los propios laboratorios, sino que, después de hacerlos complejos e impronunciables, las mismas empresas invocaron su complejidad como argumento en favor del uso de sus marcas, más sencillas.*"¹¹ Así, la confusión que los nombres genéricos debían eliminar se volvió a introducir, en una escala muy aumentada, mediante la proliferación de las marcas. Durante las audiencias del Comité Kefauver, el editor de la revista *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Walter Modell, observó: "A menudo las marcas introducen confusión en un tema de por sí difícil y complejo, al utilizarse más de un nombre para un mismo medicamento. Puede llegar a haber hasta 25 sinónimos registrados para sustituir un nombre genérico no registrado. De ese modo, es posible que en una discusión entre dos especialistas en un campo determinado, ninguno de los dos sepa que el otro está hablando del mismo medicamento. Imagínese el problema que esto puede crear a los menos especializados, a los estudiantes o a los médicos generales".¹²

11. Corresponsal especial, "In Defence of a National Drug Industry", en *Economic and Political Weekly*, 27 de marzo de 1976, p. 498.

12. *Ibid.*, pp. 498 y 499. El *Financial Times* del 22 de septiembre de 1976, en un artículo titulado "Switch from Branded Medicines would save only 2%!", informa sobre un documento publicado recientemente en Londres por la Oficina de Economía de la Salud con el título *Brand Names in Prescribing*. Según ese artículo, "la Oficina, que es un organismo de investigación patrocinado por la industria farmacéutica del Reino Unido, ha emitido ese informe en un intento de contrarrestar el argumento, frecuentemente utilizado, de que el uso de marcas en las recetas aumenta excesivamente los costos farmacéuticos y puede conducir a confusión a quienes recetan... La Oficina preferiría que se eliminara el término 'marca registrada',

La industria farmacéutica moderna es un fenómeno comparativamente reciente: "Los grandes consorcios químicos comenzaron a interesarse por la industria farmacéutica fundamentalmente a partir del decenio de los treinta, cuando los ingredientes activos comenzaron a fabricarse cada vez más a partir de sustancias sintéticas y cada vez menos a partir de sustancias de origen vegetal o animal. Del mismo modo, las industrias con experiencia en fermentación se vieron impelidas hacia la industria farmacéutica después del descubrimiento de los antibióticos y de su uso, en el decenio de los cuarenta".¹³ En la misma época ocurrió un cambio muy importante con respecto a la compra de medicamentos. En varios países el Estado se convirtió en el principal comprador, parcialmente financiado por los pagos de los trabajadores a los sistemas de seguridad social. Se da así una situación muy especial en el mercado: quien adopta la decisión (el médico) es distinto del consumidor (el paciente) quien, a su vez, no paga directamente la cuenta.¹⁴ Por esta razón, no aparecen los mecanismos habituales que tienden a estimular la economía, en tanto que la publicidad se dirige mucho más hacia el médico que hacia el consumidor. Tanto los costos directos cuanto los indirectos inherentes a esta situación tienen implicaciones para una política global de salud. En un país desarrollado, el gasto en medicamentos representa alrededor de 10% del desembolso total destinado al cuidado de la salud, pero en uno en vías de desarrollo ese porcentaje puede oscilar entre 15 y 20 por ciento; cualquier ahorro en el costo de las medicinas podría representar un valioso aporte a otro sector del sistema.

Los cambios en los patrones de oferta y de compra fueron acompañados por importantes cambios en los papeles desempeñados por los distintos grupos profesionales y de otro tipo. "Ya es un lugar común decir que las tareas que debe cumplir un farmacéutico han cambiado radicalmente durante el último cuarto de siglo. De ser un artesano que elaboraba medicamentos, pasó a ser un distribuidor de los fabricados por los laboratorios."¹⁵ La disminución de la importancia de los farmacéuticos contrasta vivamente con la generalización internacional del tipo de organización gremial que defiende los intereses de los médicos. A medida que las diferencias dentro de la jerarquía médica se fueron haciendo más pronunciadas, las grandes empresas productoras de medicamentos destinaron más recursos a presionar a los estratos

porque ya no describe adecuadamente el papel de las preparaciones de los fabricantes. Sugiere, en cambio, la utilización del término 'nombre farmacoespecífico', que describe un medicamento específico que tiene un efecto particular sobre un paciente individual o un grupo de pacientes" (cursivas de P. O'Brien). Como se demuestra más adelante, estas reacciones forman parte de una nueva estrategia de las empresas farmacéuticas, que intenta utilizar los argumentos referentes a la equivalencia biológica para justificar la permanencia del aparato actual. Aunque no es el tema de este trabajo, conviene subrayar que las empresas están haciendo lo que se podía esperar dada la generalización creciente del conocimiento de los problemas que afectan a esta industria: están *diversificando* su acción hacia otros campos.

13. DAFSA, *op. cit.*, p. 29.

14. Este argumento se desarrolla más extensamente en Peter O'Brien, "Foreign Technology and Industrialisation: The Case of Spain", en *Journal of World Trade Law*, Twickenham, Inglaterra, septiembre-octubre de 1975, publicado en español en *Información Comercial Española*, Secretaría General Técnica del Ministerio de Comercio, Madrid, mayo de 1976. (También se lo sostiene en S. Lall, "Los efectos...", *op. cit.*, p. 1323. N. de la R.)

15. *The Pharmacist's Journal*, Londres, 25 de septiembre de 1976, p. 260.

superiores de esa jerarquía para que utilicen medicinas expandidas bajo el amparo de marcas. Como el adiestramiento que reciben los médicos (antes y después de su graduación) en lo que respecta a la farmacología es lamentablemente escaso —más adelante volveré sobre este punto—, la publicidad de los grandes laboratorios tiende a ser un factor decisivo que influye en sus formas de recetar. A pesar de que en la mayoría de los países hay una gran cantidad de empresas productoras de medicamentos, la demanda es abastecida por un pequeño porcentaje de grandes empresas que, en general, son las mismas en todas partes. Así, aunque en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) hay registradas 5 000 empresas de productos medicinales, unas 50 (apenas 1% del total) absorben 80% de las ventas. La voz realmente poderosa es la emanada de la publicidad de estas empresas.¹⁶

A grandes rasgos, éste es el cuadro en el que aparecen las marcas. En la sección siguiente analizaré con más detalle su papel clave en el sector; en la tercera sección estudio ciertas iniciativas políticas fundamentales adoptadas (o propuestas) recientemente y, a la luz de esas iniciativas, vuelvo a examinar algunos de los argumentos en favor de las marcas. En la cuarta sección ofrezco algunas sugerencias sobre políticas que podrían aplicarse en países en vías de desarrollo.

EL EFECTO DE LAS MARCAS EN EL SECTOR FARMACEUTICO

¿Cuáles son los efectos directos e indirectos de la epidemia de marcas registradas? Pueden resumirse bajo los siguientes acápite.

Costo

Hay grandes diferencias de precios entre los productos que se venden al amparo de marcas y los que se venden por su nombre genérico. Lall ha informado que "el Comité Kefauver descubrió innumerables casos de productos con marca que se vendían en Estados Unidos a precios hasta 1 000% superiores a los de sus similares, sin que ello tuviese ningún efecto sobre la proporción del mercado que mantenían las grandes empresas. En el caso de Roche, una pequeña empresa británica vendía su equivalente del Librium, mediante una licencia obligatoria, a precios 25% más bajos que los de Roche, pero no pudo captar ni siquiera 3% del mercado de ese producto en 1970; ... en la India, el Librium se vendía en 1972 a 16 rupias (100 tabletas de 10 mg), cuando podía obtenerse su equivalente con nombre genérico, producido por pequeños fabricantes, hasta por 1.50 rupias".¹⁷ Del mismo modo, un estudio de siete antibióticos *que ya no estaban protegidos por patentes* en Estados Unidos demostró que los medicamentos amparados por marcas tenían precios muy superiores a los de sus similares genéricos, y que en cinco de los siete casos la marca de precio mayor era la que dominaba el mercado. Así, "el Erythrocin, de Abbott, participa con 60% del mercado de eritromicina, aunque se vende a las farmacias a 12.96 dólares por 100 tabletas de

16. Utilizando otra terminología, los medicamentos y las funciones vinculadas con su producción, distribución y consumo demuestran de manera cabal lo que sucede cuando el valor de cambio de una mercancía predomina sobre su valor de uso.

17. S. Lall, "Major Issues...", *op. cit.*, p. 27.

250 mg, en tanto que la Sherry Pharmaceutical Company ofrece una versión sin marca por 5.70 dólares. La marca Terramycin, de Pfizer, tiene 99% del mercado de oxitetraciclina, aunque las farmacias deban pagar 18.10 dólares por 100 cápsulas de 250 mg, cuando podrían obtenerlas de fabricantes más pequeños por 1.90 dólares".¹⁸

Al relatar la experiencia de la Compañía Estatal de Productos Farmacéuticos (State Pharmaceuticals Corporation) de Sri Lanka, Bibile dice que en 1972 "el sector privado importó 23 marcas de tetraciclina a un precio promedio de 16.92 dólares por 1 000 cápsulas. Después de una investigación mínima, la Compañía compró tetraciclina a 6.33 dólares, habiendo analizado 45 ofertas".¹⁹ Aun en el caso de artículos que se venden al amparo de marcas hay considerables diferencias de precios en distintos países: "datos recientes indican que, en la actualidad, el Librium y el Valium se venden en distintos países desarrollados con diferencias de precios de 600 a 1 000 por ciento".²⁰ *Es indudable que restringir la venta legal de medicamentos a la de artículos genéricos, así como comprarlos en grandes cantidades por medio de organismos estatales, traería como resultado apreciables ahorros de divisas para los países en desarrollo, especialmente si los más pequeños pudiesen efectuar sus compras en conjunto.*

Deformación de la información

La venta de medicamentos adopta dos formas: sin receta o libre, o mediante la presentación de la receta de un médico (la venta "ética"). Como después de su graduación los médicos no reciben instrucción sistemática sobre los productos nuevos y su valor terapéutico, las compañías farmacéuticas se convierten en la principal fuente de conocimiento. Parte de la información que dan sobre sus productos es realmente valiosa, pero está mezclada con datos engañosos y omite detalles pertinentes, lo cual puede acarrear graves consecuencias sociales. El esfuerzo publicitario se ha descrito así: "El objetivo es fijar una impresión perdurable en la memoria del médico, quien sólo conoce de 80 a 200 medicamentos, según su especialidad. Una meta más específica es lograr que el médico recete determinada marca en lugar del nombre genérico correspondiente, dado que otras compañías pueden vender la misma medicina con distintas marcas y, además, se puede comprar mucho más barata por su nombre genérico".²¹

Las enfermedades para las cuales se recomienda un medicamento se conocen como sus *indicaciones*; a la inversa, aquéllas contra las cuales *no* debe usarse se llaman *contraindicaciones*. "La amplitud de las indicaciones de un producto

medicinal no es un problema meramente académico. Si, por ejemplo, se le recomienda y utiliza para una enfermedad contra la cual no es eficaz, ésta, que puede ser muy seria, permanece sin tratamiento. Además, y a pesar de la ineficacia del medicamento, quien lo utilice queda expuesto al riesgo de sus efectos tóxicos. Aun si la medicina es eficaz, el paciente puede quedar sometido a riesgos innecesarios si otra menos tóxica puede dar el mismo resultado."²² Se ha señalado que en Brasil, por ejemplo, una combinación de cloramfenicol y tetraciclina, llamada Ambra-Sinto, se recomienda para tratar más de 80 padecimientos distintos, según las instrucciones que acompañan al envase. En este sentido, Ledogar ha subrayado que las prácticas comerciales que utilizan en América Latina las transnacionales farmacéuticas de Estados Unidos son sumamente criticables. "Así como los fabricantes pueden ser muy rápidos en recomendar un medicamento para tratar una nueva dolencia, también pueden ser muy lentos para modificar o suprimir las indicaciones obsoletas de las etiquetas o de la publicidad en el extranjero."²³

La doctora María Dolores Torres Pons estima que, en España, siete de cada diez recetas pueden ser erróneas debido a la deformación de la información y a la instrucción farmacológica inadecuada de los médicos para compensar esas desviaciones. Dice: "Desde el descubrimiento de la penicilina hasta nuestros días, se ha aislado y sintetizado una cantidad infinita de antibióticos, aun cuando muchos debieron rechazarse por ser tóxicos o ineficaces. Sin embargo, esta gran proliferación de sustancias trajo consigo una confusión tal que la utilización de los antibióticos, por lo menos en los hospitales, puede no ser adecuada, a veces porque se los administra en exceso y otras porque su uso no se justifica. . . Constantemente llega propaganda referente a los distintos productos y formas farmacéuticas que invaden el mercado, dirigida a todo el personal calificado, pero especialmente a los médicos."²⁴

En resumen: la información que dan las empresas farma-

22. Robert J. Ledogar, *Hungry for Profits*, Nueva York, 1975, p. 27. Como parte del velo verbal que utiliza la industria farmacéutica, a menudo se designa a los efectos tóxicos como "efectos secundarios". El uso de este término, totalmente engañoso, fue juzgado y aniquilado por Sacks en su análisis del medicamento L-DOPA, presentado por algunos como una "droga milagrosa" en 1967. Sacks afirma: "El término 'efectos secundarios' es objetable y, en mi opinión, insostenible, con base en tres órdenes de argumentos: prácticos, fisiológicos y filosóficos. En primer lugar, se ha observado desde hace tiempo que la gran mayoría de los ahora llamados 'efectos secundarios' son las respuestas características de animales 'normales' a los que se les ha administrado L-DOPA; en esa situación, en la que no había suposiciones, intenciones o urgencias terapéuticas, no se pensó en introducir tales distinciones. En segundo lugar, el empleo de ese término oculta la estructura y las interrelaciones reales de los 'efectos secundarios' y, por tanto, impide su estudio. La gran cantidad y complejidad de los 'efectos secundarios' de L-DOPA, aunque es un problema para los pacientes, resulta sumamente instructiva si deseamos saber más sobre la naturaleza de la enfermedad y del ser; empero, la posibilidad de aprender está previamente coartada si el análisis sólo llega hasta el término 'efectos secundarios', y ahí se suspende. En tercer lugar, hablar aquí (o en el caso de la tecnología, la economía o cualquier otro) de 'efectos secundarios', supone dividir al mundo en fracciones arbitrarias y negar la realidad de una globalidad organizada". Véase Oliver W. Sacks, *Awakenings*, Pelican Books, 1976, p. 287.

23. R. J. Ledogar, *op. cit.*, p. 39.

24. Citado por Oscar Caballero en *Las multinacionales del dolor*, Madrid, 1974, p. 10. [Versión de la traducción al inglés de P. O'B. N. del T.].

18. Tomado de *The New York Times* del 6 de enero de 1975, p. 35. El estudio del cual se tomaron los datos es Council on Economic Priorities, *Resistant Prices: A Study of Competitive Strains in the Antibiotics Market*. Los siete antibióticos incluidos eran (por sus nombres genéricos): penicilina VK, penicilina G, ampicilina, eritromicina, cloramfenicol, oxitetraciclina, clorhidrato de tetraciclina. Se ha estimado que los consumidores pagaban en exceso por lo menos 180 millones de dólares anuales.

19. Senake Bibile, *State Pharmaceuticals Corporation of Sri Lanka*, documento presentado a la Conferencia Cumbre de los Países No Alineados, Colombo, agosto de 1976, p. 4.

20. S. Lall, "Major Issues. . .", *op. cit.* p. 26.

21. DAFSA, *op. cit.*, p. 30.

céuticas cumple normas muy bajas en cuanto a su objetividad, debido a la necesidad de estimular la venta de productos de marca; los médicos no están preparados para evaluar los datos farmacológicos sobre bases permanentes y confiables; hay una carencia asombrosa de información oficial sobre medicamentos. Estas lamentables y peligrosas características del mercado aparecen tanto en los países desarrollados cuanto en países en vías de desarrollo, pero con mayor intensidad en los últimos.²⁵

Creación de hábitos

Sin duda, el propósito de todo el sistema de publicidad es persuadir a los médicos de la importancia de recetar el medicamento por su marca.²⁶ La resistencia de los médicos al cambio ha sido escuetamente descrita por la Comisión de Monopolios del Reino Unido: "Los médicos se acostumbran a recetar un medicamento por la marca con la cual se los presentó el innovador. Es difícil persuadirlos de que receten la misma medicina con otra marca; muy pocos lo harán antes de sentir que el producto ha tenido prestigio durante un lapso considerable; en la práctica, esto puede significar no antes de que caduque la patente".²⁷ Probablemente sea optimista sugerir que el hábito cambiará al vencer la patente, ya que la marca permanecerá vigente, así como todo el aparato de ventas que la acompaña.

Las consecuencias de la formación de hábitos entre los médicos fueron claramente ilustradas por Wickremasinghe y

25. Con respecto a la identificación hay dos problemas adicionales que pueden generar varios dolores de cabeza. El primero es que, a pesar de que las empresas afirman reiteradamente que cada una de ellas elabora trabajosamente y con sumo cuidado su propia versión de cualquier producto genérico, en realidad la compañía que vende un producto puede no ser su fabricante. En el citado artículo de *The New York Times* (véase la nota 18) se afirma que "aunque en una píldora aparezca el nombre de una empresa, eso no significa que ésta la produzca realmente. Por ejemplo, Bristol Laboratories, que controla el 24% del mercado de ampicilina, produce en realidad el 70% de la ampicilina que se vende en este país. Smith Kline, Upjohn y Parke Davis compran la ampicilina a Bristol, la rotulan con sus nombres y la venden a precios más bajos que los de Bristol". Se me ha informado que por lo menos una empresa transnacional importante se abastece de penicilina en Europa oriental y la vende con su marca. Un país en desarrollo podría adquirir el producto directamente y ahorrarse el pago por la marca, siempre que, como se subraya más adelante, haya recopilado información sobre las distintas opciones.

El segundo obstáculo para la identificación se presenta cuando una sustancia potencialmente peligrosa ha sido incluida en tantos preparados que resulta difícil encontrarlos todos con suficiente rapidez. "Una de las razones por las cuales llevó tanto tiempo retirar del mercado el tranquilizante talidomida (responsable del nacimiento en Europa de miles de niños deformes a comienzos del decenio de los sesenta) fue que se lo había combinado con aspirina, fenacetina, quinina, aninopirina, bacitracina, dihidroestreptomina o secobarbital, para tratar dolencias tan variadas como resfríos, tos, gripe, estados nerviosos, neuralgias, jaquecas y otros dolores de cabeza, y asma. En total se vendían 37 productos que contenían talidomida; el productor original, Chénia Grünenthal, de Alemania, había concedido licencias en 11 países europeos, siete africanos, 17 asiáticos, dos norteamericanos y nueve latinoamericanos". Véase Meredith Turshen, "An Analysis of the Medical Supply Industries", en *International Journal of Health Services*, vol. 6, núm. 2, 1976, p. 283.

26. En el artículo citado del *Financial Times* se afirma que "el informe indica un aumento de la preferencia de los médicos por utilizar en sus recetas productos de marca. Dice que la proporción de productos de marca en la venta de medicamentos aumentó de 16% en 1949 a 82% en 1973".

27. The Monopolies Commission, *Chlordiazepoxide and Diazepam*, Londres, 1973, pp. 58 y 59.

Bibile en el informe que condujo a la creación de la Compañía Estatal de Productos Farmacéuticos en Sri Lanka. Señalaron que "Tetrex, Tetracyn, Tetrarcho, Hostacycline, Upcycline, Ambramycin, Probacycline, Achromycin, Hcy-cline, son todas marcas bajo las cuales se vende el antibiótico tetraciclina. Es posible que un paciente a quien se le hubiese recetado Achromycin se viese obligado a ir de una farmacia a otra para escuchar en todas 'no hay', cuando podría haber obtenido el mismo medicamento con otros nombres o marcas. Un paciente recibió la indicación de utilizar Fortral, que es uno de los nombres comerciales de la pentazocina. Como ésta no se vende en el país con esa denominación, obtuvo una autorización especial e importó el medicamento por vía aérea. Después se enteró de que la pentazocina se podía obtener aquí como Sosegon, fabricado por el mismo laboratorio que en otros países la vendía como Fortral."²⁸

Los hábitos creados entre los médicos se trasladan, por un lado, a los pacientes y, por otro, a las empresas locales, si existen. El paciente recuerda la marca y, si en el futuro vuelve a padecer la misma dolencia, volverá a pedir el producto bajo la forma que utilizó originalmente, siempre que pueda adquirirlo sin receta. En su estudio sobre Egipto, Handoussa señaló que aun cuando hubiesen vencido los contratos de licencia con las transnacionales, y por tanto fuese posible fabricar un producto con cualquier nombre, incluso el genérico, "las empresas locales eligen marcas que se parezcan lo más posible a la original extranjera".²⁹ Se ha construido alrededor del nombre una mitología tal que los médicos, los pacientes y las empresas locales dejan de adoptar decisiones independientes para seguir ciegamente los indicadores verbales que con tanta facilidad han colocado los fabricantes de nombres. Aries informa que el Instituto Pierre Bessis, en Francia, intentó descubrir el contenido de los nombres. "En el estudio de una muestra de la población francesa descubrieron, por ejemplo, que los medicamentos terminados en 'il' se consideraban modernos y destinados a enfermedades cortas y leves. Los terminados en 'ol' eran anticuados, no muy potentes y para dolencias leves. Los que acaban en 'al' también se creían antiguos, pero fuertes y para enfermedades graves. Las medicinas cuyos nombres terminan en 'ian' y en 'an' son modernas y potentes."³⁰ La creación de esta imagen habla mucho en favor de la habilidad publicitaria de las empresas farmacéuticas, pero es difícil que sus consecuencias conduzcan al bienestar de los países en vías de desarrollo.

Derroche publicitario

Dondequiera que se venden medicamentos modernos se utiliza una extraordinaria colección de artificios publicitarios, desde los representantes médicos hasta las muestras gratis, la literatura de todas clases, los obsequios comerciales, el patrocinio de conferencias, revistas médicas controladas por las empresas... y la lista podría seguir. El senador Kennedy ha descrito así la situación imperante en Estados Unidos: "Lo que tenemos es un sistema de ventas a presión, en lugar

28. S.A. Wickremasinghe y S. Bibile, *The Management of Pharmaceuticals in Ceylon*, Colombo, marzo de 1971, pp. 6 y 7.

29. H.A. Handoussa, *The Pharmaceutical Industry in Egypt*, tesis de doctorado, Universidad de Londres, 1974, p. 141.

30. Robert Aries, *The Pharmaceuticals in Europe*, París, 1975, p. 25.

de un sistema de difusión de información objetiva; tenemos vendedores en vez de analistas; utilizamos los instrumentos de la venta (artilugios, obsequios, bonos) en lugar de los instrumentos de la ciencia y de la medicina (información comparativa, análisis de riesgos y beneficios de los productos que compiten)".³¹ En esta red, los representantes médicos constituyen el elemento clave y el más caro del presupuesto publicitario. "Hay 9 000 en Francia, 8 000 en la República Federal de Alemania y otros tantos en Italia, así como 1 700 en Bélgica. Su función consiste en visitar al médico en su consultorio o en el hospital, explicarle los méritos de los medicamentos que le presenta, entregarle literatura, muestras gratis y obsequios comerciales. En Francia, un representante visita, en promedio, de 160 a 180 médicos por mes, le entrega a cada uno 1.25 medicamentos y le menciona 2.6. El costo por visita oscila entre 60 y 100 francos franceses. Los médicos generales reciben 27 representantes por mes y los especialistas 14."³² Un legislador brasileño, el senador Ferreira, quien a su vez es médico, llevó a cabo recientemente su propia encuesta sobre la plaga de vendedores: "Fue visitado, en 18 de los 21 días, por 69 vendedores. Recibió 452 muestras gratis (después de rechazar cantidades adicionales para no deformar el cálculo); recibió 25 obsequios, que incluían cafeteras, agendas, bolsas de plástico".³³

El uso de las muestras gratuitas es desenfrenado. Las cantidades que se entregan a los médicos son, casi siempre, subclínicas, es decir, suficientes para iniciar un tratamiento pero no para continuarlo. Sirven para fijar la marca en la mente del médico y, también, como una fuente indirecta de ingresos. En Estados Unidos "varios testigos declararon que no era poco común que los receptores de estas muestras las canjeasen en farmacias por otros artículos, a veces destinados a su uso personal. También se declaró que algunas farmacias quitaban la palabra 'muestra' de estos productos y los vendían como parte de sus inventarios normales".³⁴ Si bien el valor monetario de las muestras puede ser despreciable para un médico estadounidense, no lo es tanto para uno de un país subdesarrollado; *en todo caso, estas muestras las pagan los compradores de medicamentos, pues su costo se carga en los precios.*

La entrega de muestras gratuitas no se limita a los médicos; también las reciben los hospitales y, a veces, otras organizaciones o grupos. La importancia de esta práctica fue analizada por la Comisión de Monopolios del Reino Unido cuando examinó la conducta de Roche Products Ltd. (filial británica de Hoffman La Roche) con respecto a sus entregas de clordiazepóxido y diazepam (con las marcas Librium y Valium) al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Dijo la Comisión: "El hecho de que la compañía haya podido hacer entregas gratuitas de los medicamentos de referencia al servicio de hospitales y a las fuerzas armadas también confirma, en opinión del Departamento, el punto de vista de que los precios cobrados a los servicios farmacéuticos eran demasiado altos. Según el Departamento, estas muestras gratuitas tenían tres efectos. Primero, desalentar a un competidor potencial, que normalmente intentaría sus ventas iniciales en el mercado hospitalario; segundo, los médicos del

hospital recetarían los medicamentos de referencia de las marcas de Roche Products, y el médico general tendería a seguir el precedente cuando el paciente volviese a su cuidado; tercero, el personal del hospital se inclinaría a considerar estos productos como los que pesan menos en la cuenta global de medicamentos de la institución, sin tener una conciencia clara del costo de tratamiento de los pacientes que vuelven al cuidado de los médicos generales. El Departamento afirmó que, al aceptar la oferta de la compañía de entregar muestras gratuitas de los productos de referencia al servicio de hospitales y las fuerzas armadas, dejó claramente establecido que no aceptaba como justa o razonable la negativa de la compañía, durante un período indefinido, a discutir los precios destinados a instituciones distintas de los hospitales".³⁵

La cita anterior confirma la característica básica del sistema de muestras y entregas gratuitas. No se trata de filantropía: *su objetivo es establecer barreras a la entrada de competidores y, de ese modo, lograr que los precios sean más altos de lo que serían sin el sistema.* Estamos, pues, en presencia de un mecanismo publicitario, en extremo costoso y socialmente derrochador, cuya función es restringir la competencia y mantener los precios a niveles muy por encima de los que prevalecerían en un contexto más racional.

Influencia en las decisiones gubernamentales

En un medio en el cual se depende tanto de las decisiones de ciertos grupos fundamentales (como los médicos) o de ciertos organismos administrativos clave (como el Ministerio de Salud) en favor de determinadas marcas y en detrimento de otras, no puede sorprender que las compañías ejerzan fuertes presiones para asegurarse de que esas decisiones les favorezcan. Brasil y la India, los países en vías de desarrollo con mayor producción de medicamentos, atestiguan ampliamente esas presiones.

"Algunas fuentes parlamentarias brasileñas solicitaron recientemente una investigación de la comprometedor vinculación entre las empresas farmacéuticas transnacionales y los organismos nacionales encargados del control de medicamentos. Según se dice, una comisión parlamentaria investigadora habría recibido un documento interno de la empresa suiza Ciba-Geigy, que contenía una lista de 135 funcionarios públicos del SNFMF (el servicio nacional brasileño para el control de productos farmacéuticos) y de otros organismos vinculados, a los que se harían pequeños 'obsequios' y 'donaciones' de la compañía."³⁶ En la India, "una de las formas de operación consiste en utilizar los servicios de

35. Monopolies Commission, *op. cit.*, pp. 52 y 53. En un artículo titulado "No Drugs for the Poor", publicado por el *Economic and Political Weekly* el 11 de septiembre de 1976, se agregan nuevos comentarios sobre el sistema de abastecimiento de hospitales, esta vez en la India. En ese artículo se demuestra que "ni siquiera es un hecho que la industria farmacéutica abastezca de medicamentos a los hospitales gubernamentales en las cantidades necesarias y a precios especialmente bajos" (p. 1482). En 1974-1975, tres hospitales analizados debieron realizar, en promedio, 64% de sus compras en el mercado abierto, pagando un exceso de 80% sobre los precios a los cuales las empresas debían entregarles ciertos medicamentos.

36. R.J. Ledogar, *op. cit.*, p. 17.

31. S. Lall, "Major Issues..." *op. cit.*, p. 37.

32. DAFSA, *op. cit.*, p. 31.

33. R.J. Ledogar, *op. cit.*, p. 22.

34. *New Scientist*, 23 de mayo de 1974, p. 491.

'consejeros médicos' muy bien calificados y pagados, jóvenes brillantes que podrían haber sido el orgullo de su profesión si hubieran resuelto ejercerla, en lugar de buscar el lucro, comparativamente fácil y elevado, empujando el carro de las transnacionales. . . La función de estos 'consejeros médicos' parece ser la de elaborar literatura sobre medicamentos con marca registrada, preparar conferencias para popularizarlos y establecer vínculos con organismos públicos para imbuirles las ideas de las transnacionales. Un informe publicado recientemente en el *Washington Post* (reproducido por los periódicos locales) muestra la influencia ejercida por una empresa transnacional ante los más elevados niveles de nuestro gobierno para que aceptasen determinada píldora anticonceptiva. Si no fuese por su publicación en un periódico extranjero, este incidente no se habría conocido en el país. En esta clase de asuntos los 'consejeros médicos' desempeñan un papel importante. Esta fuga local de cerebros no es distinta de la que se menciona habitualmente cuando los científicos y técnicos abandonan el país en busca de fortuna".³⁷

Tales presiones directas tendientes a la venta de productos específicos sólo son una parte de la historia. Al mismo tiempo que se dedican a promover las ventas de sus marcas, compitiendo en cierta medida entre sí, las empresas también actúan en conjunto para defender sus intereses comunes y preservar la estructura de la industria. En el Reino Unido, el Comité Sainsbury, que investigó a mediados del decenio de los sesenta la relación entre la industria farmacéutica y el Servicio Nacional de Salud, solicitó controles estrictos sobre las prácticas de comercialización de la industria, pero nunca fueron establecidos. Del mismo modo el Comité Macgregor, organismo oficial que analizaba el problema fundamental de la eficacia de los medicamentos, fue disuelto en 1970 y ningún otro grupo tomó su lugar. Lang llega a la conclusión de que "todas las pruebas indican que la ABPI (el grupo de presión de los fabricantes de medicinas) ejerce demasiada influencia, ha acumulado demasiada experiencia y está demasiado arraigada en la burocracia gubernamental, como para que los representantes electos por el pueblo puedan enfrentarse a ella con eficacia".³⁸

Poco después de la publicación del informe del Comité Hathi, en abril de 1975, sobre la industria farmacéutica en la India, ya circulaban informes en respuesta. "Furiosos cabildos precedieron y siguieron a la presentación del informe. Evidentemente la industria farmacéutica —y en especial su poderoso sector extranjero— siente que sus intereses peligran. . . los productores extranjeros de medicamentos ya ejercen influencia en las decisiones mediante una actitud dura. Mientras la prensa y el Parlamento discuten las políticas recomendadas por el Comité Hathi, de expropiación total o parcial de las compañías, éstas cabildan activamente para obtener nuevas autorizaciones de expansión. En efecto, 12 solicitudes de ampliaciones importantes esperan resolución gubernamental; las empresas productoras de medicamentos esperan que todas sean autorizadas oportunamente."³⁹

En estas circunstancias, resulta dudoso que las consecuen-

cias ulteriores del síndrome de las marcas reciban la atención que merecen: es demasiado fácil, para funcionarios continuamente sujetos al bombardeo de unos pocos productores, adoptar decisiones parciales y predispuestas, cuando las voces de los consumidores apenas pueden oírse.

Consumo inadecuado

Los criterios que rigen en este sector son los del comercio y no los del beneficio público; el impulso comercial proviene de mercados cuyas necesidades son muy distintas de las que tiene la mayoría del pueblo en los países receptores. En estas condiciones, no es sorprendente que los medicamentos se utilicen mal. La alta proporción de medicinas con marca con respecto a las genéricas, así como su elevado precio, son dos factores que actúan contra la existencia de un conjunto de medicamentos adecuados a las necesidades sanitarias de la población total y disponibles en cantidades, precios y lugares que permitan su correcta utilización. En los países en vías de desarrollo (en realidad, en todos los países) los recursos que se pueden destinar a los medicamentos están severamente limitados; por tanto, la relación entre el costo de una medicina y su eficacia clínica tiene una importancia fundamental para determinar el conjunto de medicamentos que debe utilizarse. Un producto nuevo puede provocar menos reacciones adversas que uno antiguo pero ser mucho más caro. Si son muchas las personas que necesitan ese tratamiento, sus posibilidades de recibirlo serán mayores si sólo se utiliza el antiguo.⁴⁰

Wickremasinghe y Bibile analizan el tema en su análisis del suministro de medicamentos en Sri Lanka. "Un buen ejemplo es el uso de los analgésicos del tipo de la aspirina. El consumo corriente de este tipo de droga es de 130 millones de tabletas por año, de las cuales 50 millones se consumen en los hospitales y dispensarios estatales y 80 millones en el sector privado. Esos 80 millones se componen de 60 millones de 'Disprin' y 20 millones de aspirina, 'Aspro', aspirina amortiguada, tabletas de 'ASC' rosadas y paracetamol. Las pruebas clínicas indican que ninguno de estos preparados ofrece ventajas significativas sobre la aspirina en lo que respecta a su eficacia y a las reacciones adversas. Además, la aspirina es mucho más barata y estable que los otros preparados analgésicos mencionados. Por tanto, las tabletas de aspirina son adecuadas para los casos en los que se requiere esta clase de tratamiento analgésico. Para las pocas personas que no toleran la aspirina se necesitarán tabletas de paracetamol. En consecuencia, la fabricación y la importación podrían restringirse a las tabletas de aspirina y de paracetamol, y el precio al público se reduciría considerablemente."⁴¹

40. "No siempre los medicamentos nuevos son más eficaces que los antiguos, aunque habitualmente son más caros. Un ejemplo interesante es la introducción de Rifampicin para el tratamiento de la tuberculosis: las pruebas clínicas demostraron que no era más eficaz que otros productos utilizados antes, como la isoniazida, pero la dosis diaria de Rifampicin (40 mg) cuesta 1.63 dólares, en tanto que la de isoniazida (30 mg) cuesta 0.02 dólares (los precios corresponden a Argelia en 1973). La presión de las empresas farmacéuticas para que se recetase Rifampicin fue tan grande, que los participantes en la III Conferencia Regional Africana de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, realizada en 1972, adoptaron una resolución exhortando a todos los médicos de los servicios de salud pública en África a resistir e impedir la entrada del medicamento en sus países." M. Turshen, *op. cit.*, pp. 276 y 277.

41. S.A. Wickremasinghe y S. Bibile, *op. cit.*, p. 6.

37. *Economic and Political Weekly*, 27 de marzo de 1976, *op. cit.*, p. 499.

38. R.W. Lang, *The Politics of Drugs*, Lexington, 1974, p. 298.

39. B.M., "Scuttling the Hathi Report", en *Economic and Political Weekly*, 31 de mayo de 1975, p. 818.

Por desgracia, el consumo inapropiado no se limita al de los medicamentos afamados. Las pruebas de los productos farmacéuticos trascienden los laboratorios; una parte fundamental consiste en las pruebas clínicas o, para decirlo crudamente, en administrar los medicamentos a la gente y vigilar las posibles consecuencias inesperadas que podrían dañar su salud. En los países desarrollados, las normas que regulan esta actividad son cada vez más severas. Los gobiernos ya no permiten que se prueben los medicamentos en seres humanos en tanto no se hayan llevado a cabo experimentos cada vez más estrictos. Debido a las grandes diferencias entre los sistemas jurídicos de distintos países, las normas respectivas de los países en vías de desarrollo son mucho más benévolas. Por ello, las grandes empresas trasladan su campo de pruebas clínicas al mundo en vías de desarrollo; el trabajo de laboratorio se realiza en los países desarrollados, y el uso en seres humanos en los subdesarrollados. De ese modo, a la deformación masiva inculcada por la inadecuada naturaleza social del consumo habitual de medicamentos, se agrega la adopción de países en desarrollo como campo inicial de pruebas de los medicamentos nuevos, que servirán o no, pero que en todo caso tienen poco que ver con las necesidades sociales de estos países.

Estos seis aspectos de la industria: costo, deformación de la información, creación de hábitos, dispendiosa publicidad, influencia en las decisiones gubernamentales, y consumo inadecuado, surgen del poder que tienen en el mercado los miembros dominantes del oligopolio de grandes empresas. Se ha dado mucha importancia al conocimiento técnico como la fuente de este poder. Cualquiera que haya sido el papel de este conocimiento hace algún tiempo, ha dejado de ser la característica más pronunciada de la industria. En la actualidad el eje alrededor del cual se realizan los mayores gastos es la comercialización. "Pero todo este gasto de la empresa farmacéutica no tendría ningún efecto, a menos que el médico sea capaz de identificar y recetar el producto de esa empresa; de ahí la importancia de la marca registrada, cuyo uso exclusivo es el derecho de esa empresa y de ninguna otra."⁴²

LAS POLITICAS Y SU CONTEXTO

Dadas las grandes dificultades descritas, es lógico que en algunos países en vías de desarrollo se hayan adoptado (o propuesto) algunas medidas para enfrentarse a esos problemas. Las posibilidades fueron expresadas con claridad por los Países No Alineados, en la V Conferencia de Jefes de Estado realizada en Colombo en agosto de 1976. Poco antes de la reunión de Colombo se había congregado en Georgetown un grupo de expertos en problemas farmacéuticos; sobre la base de su informe,⁴³ los jefes de Estado aprobaron una *Resolución sobre la Cooperación entre los Países en Vías de Desarrollo para la Producción, Obtención y Distribución de Productos Farmacéuticos*.⁴⁴ En el primer párrafo posterior a

42. K. Goggin, *op. cit.*, p. 76.

43. *Action Programme for Co-operation among Non-Aligned and Other Developing Countries on Pharmaceuticals*, documento NAC/CONF.5/11, Colombo, agosto de 1976. El autor del presente trabajo fue uno de los redactores de ese documento.

44. Resolución NAC/CONF.5/S/RES-25, adoptada el 19 de agosto de 1976.

la introducción se afirma, entre otros puntos, lo siguiente:

[La Conferencia. . .]

"1. *Respalda* las recomendaciones del Grupo de Expertos que se reunió en Georgetown en julio de 1976, que propone, entre otras cosas:

a] la elaboración de una lista de las necesidades farmacéuticas prioritarias de cada país en vías de desarrollo y la de un modelo de lista básica de esas necesidades que sirva como guía general para la acción de los países en vías de desarrollo;

b] el establecimiento de organismos nacionales de compras que se ocupen de la adquisición y suministro de productos farmacéuticos. . . ;

c] la eliminación, donde sea posible, de las marcas, y la adopción de nombres genéricos para designar a los medicamentos; la información debe provenir solamente de fuentes oficiales."

Estas tres propuestas *interrelacionadas* constituyen la esencia de lo que se ha hecho hasta ahora y son la base de futuras medidas.

Medidas adoptadas por países en vías de desarrollo

*Sri Lanka*⁴⁵

En este país, los servicios médicos modernos están atendidos por organismos estatales que dependen del Departamento de Servicios Sanitarios (Department of Health Services), y por el sector privado, en el cual los médicos cobran honorarios por sus servicios. El origen del cambio logrado en el abastecimiento de medicamentos puede situarse en 1959. Antes de esa fecha, tanto el sector público cuanto el privado sufrían las costosas y peligrosas prácticas descritas en este trabajo. Ante la confusión y superabundancia de productos farmacéuticos, el Ministerio de Salubridad publicó un "Formulario de los Hospitales de Ceilán", que contenía una lista de 500 medicamentos esenciales (en 1 000 dosificaciones) *designados por sus nombres genéricos*, con instrucciones para el uso de estos productos. A partir de ese momento, dicha lista fue la guía para la utilización de medicamentos en los hospitales.

En 1963, una severa crisis de divisas dio origen a la restricción de importaciones, por la cual las del sector farmacéutico privado se vieron limitadas a una lista de 2 100 artículos (en 3 000 dosificaciones), en lugar de los 4 000 (en 6 000 dosificaciones) permitidos antes. No se fijaron límites a la utilización de marcas, dentro de la lista aprobada, y el funcionamiento del aparato publicitario habitual permaneció intocado. Sin embargo, se habría dado un primer paso hacia la racionalización de los manejos del sector privado, lo cual fue posible debido a la grave situación de divisas. A menudo, las situaciones de crisis económica, ante las cuales el Gobierno en su conjunto está dispuesto a examinar ideas nuevas,

45. Esta parte del trabajo se basa en la obra citada de S. Bibile y en mis discusiones con él.

dan la oportunidad de presentar ciertos proyectos que, de otro modo, no serían adecuadamente analizados.

En 1970 se volvieron a presentar graves dificultades. Los precios habían aumentado por lo menos 50% comparados con los de 1963, las asignaciones de divisas habían disminuido, y tanto el sector público cuanto el privado se quejaban de la escasez de medicamentos. Como el Gobierno no podía disponer de más divisas, se hizo imprescindible obtener medicamentos más baratos. Una investigación de las fuentes de abastecimiento demostró que si el sector privado hubiera adquirido varios de sus rubros principales al precio que pagaba el sector público, *habría pagado sólo 30% del monto que desembolsó en realidad*. Sobre esta base, y sobre otras propuestas del informe citado de Wickremasinghe y Bibile, se estableció en 1971 la Compañía Estatal de Productos Farmacéuticos, para racionalizar la administración de medicamentos en los sectores privado y público.

Para comenzar, se redujo a 600 (en 1 000 dosificaciones) la cantidad de medicamentos autorizados para el uso del sector privado. Para lograrlo se eliminó una gran cantidad de medicamentos imitativos, una cantidad apreciable de combinaciones fijas (e inútiles) de productos, y varios medicamentos que carecían de valor terapéutico probado o que tenían alta toxicidad. Después, la Compañía organizó el cambio de las marcas a los nombres genéricos. *El cambio fue cuidadosamente planificado para concertarlo con la publicación de listas de referencias cruzadas de marcas y nombres genéricos*. Era importante que el cambio fuese gradual, para asegurarse de tres cosas: que los médicos podrían identificar nuevamente los artículos genéricos (después del sistemático bombardeo de marcas); que se superarían las reacciones de los productores, y que los niveles de calidad serían satisfactorios. En el caso de los medicamentos muy conocidos, la introducción de la nomenclatura genérica fue relativamente fácil; en los otros casos, el ajuste fue más lento, y se utilizó en las etiquetas el nombre genérico y la marca, simultáneamente, aunque el primero con un tamaño doble del de la segunda. De ese modo, los doctores aprenderían a identificar al producto por su nombre genérico y posteriormente se podría prescindir de la marca. Como Sri Lanka es un país relativamente pequeño, las cantidades que requiere de ciertos medicamentos también lo son; por tanto, subsisten algunos artículos para los cuales no ha sido posible utilizar los nombres genéricos, dado que a los fabricantes les resulta antieconómico confeccionar etiquetas especiales para este país.

La Compañía Estatal adoptó una política activa para asegurar el suministro de información a los médicos y a los farmacéuticos y para reforzar esa medida en el aspecto vital del control de calidad. Como la Compañía hace compras masivas, con los grandes ahorros mencionados (que incluyen importantes reducciones de precios por parte de los proveedores "tradicionales"), le resulta vital asegurar la calidad de los productos vinculados con las diferentes ofertas. La solución ideal sería que la propia Compañía inspeccionase las fábricas de los proveedores y comprase solamente a aquéllos que siguen las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Como no es posible la realización sistemática de estas inspecciones (sería mucho más fácil si varios países en vías de desarrollo concertasen la tarea), se utilizan otros procedimientos. En especial, la junta que

examina las ofertas puede identificar aquellos medicamentos en los cuales la formulación y la calidad resulten críticas, y asegurar que se compren a fabricantes cuyas normas de calidad sean conocidas. Existe, por otra parte, el simple procedimiento de exigir un certificado de calidad del productor y, cuando se considera necesario, exigir uno adicional emitido por un laboratorio independiente y autorizado.

En la actualidad la Compañía tiene más de 300 empleados, de los cuales sólo 15 se dedican a ventas y distribución (compárense estas cantidades con la relación, mucho más alta, del personal asignado a estas tareas por las empresas que "comercializan" sus productos en la acepción corriente del término).⁴⁶ Dadas las actividades de la Compañía, la publicidad masiva de productos ha desaparecido (ahora hay un solo comprador, el Estado), y todo el aparato de muestras gratuitas y demás ha perdido su importancia.

Dentro de esta estructura, la eliminación de las marcas es parte integrante de una estrategia global cuyo objetivo es la administración racional de toda la actividad de compra y distribución de productos farmacéuticos. Hasta el momento, la producción local de medicamentos en Sri Lanka sigue siendo pequeña, y no hay modo de entrar en los aspectos más complejos de la red productiva, para lo cual sería necesaria la existencia de una industria química básica local. Lo cierto es que se ha racionalizado totalmente el sistema basado en las marcas y se ha eliminado el enorme desperdicio social.

La India

Desde la independencia, se han emprendido tres estudios importantes de la industria de medicamentos: "El primero fue el del Comité de Investigación Farmacéutica establecido a comienzos de 1953; el segundo, el del Comité de Normas de Medicamentos y Equipos, conocido como Comité Naskier, constituido en 1962, y el último fue el del Comité de Medicamentos y de la Industria Farmacéutica, conocido como Comité Hathi, establecido en 1974."⁴⁷ El informe elevado en 1954 por el primero de los comités mencionados otorgaba gran importancia a que "el desarrollo de un mismo producto sólo debe permitirse a unas pocas empresas" y contenía una argumentación sistemática para sostener que la India debía tender, por etapas, a la autosuficiencia en materia de producción de medicamentos. Han pasado más de 20 años, y todavía la industria debe cubrir con importaciones alrededor de 70% de sus necesidades; además, cuando las empresas transnacionales deben importar productos intermedios, eligen los más próximos al producto final, en lugar de acercarse tanto cuanto sea posible a los productos químicos básicos.

La industria farmacéutica en la India, de la cual las transnacionales poseen la parte del león, ha resistido las propuestas de cambio con un éxito impresionante. De la actividad de las transnacionales, 55% radica en la elaboración de preparados; se ha afirmado que las empresas extranjeras

46. Algunos de los empleados mejor calificados de esas empresas privadas podrían llevarse al sector público.

47. *Economic and Political Weekly*, 27 de marzo de 1976, op. cit., p. 496.

“han introducido en el mercado muchas fórmulas de las cuales bien podría prescindir este pobre país. . . también se comercializan a elevados precios muchas preparaciones irracionales, especialmente en el área de las vitaminas, los corticoesteroides y los antihistamínicos. . . El campo terapéutico está tan ‘contaminado’ que, si no se adoptan algunas medidas drásticas, es seguro que la industria farmacéutica se aprovechará de la credulidad de los pacientes y de los médicos”.⁴⁸

Según comentarios recientes, las políticas aplicadas por el sector público redundan en beneficios para estas empresas. Un ejemplo es el de Hindustan Antibiotics (HAL), empresa pública que fabrica penicilina y estreptomina. El XVIII Informe del Comité de Empresas Públicas saca a relucir la manera en que la compañía, deliberadamente, “restringió su propia fabricación de preparados de modo de vender a granel, a las empresas privadas, una gran parte de su producción, a pesar de que para HAL es mucho más rentable la venta de los primeros que la de antibióticos a granel. . . Se siguió la política de vender a granel una gran parte de la producción de antibióticos aun cuando esto suponía mantener ociosa su propia capacidad de envasar en ampollas, cápsulas y tabletas”.⁴⁹ Las palabras finales del informe son reveladoras: “El Comité se ve obligado a concluir que tanto el Ministerio correspondiente cuanto la empresa HAL, al demostrar una preocupación excesiva por las necesidades de los envasadores privados y al mantener subutilizada la capacidad de elaborar preparados, no actuaron como guardianes y promotores del interés del sector público, sino que más bien ayudaron a las empresas privadas, especialmente a las extranjeras, a obtener grandes ganancias a expensas del sector público y del interés nacional”.⁵⁰

El propósito de estas observaciones es demostrar que, por lo menos en la India, existe desde hace mucho tiempo la conciencia de las dificultades, y que a intervalos regulares se hacen propuestas de solución. Empero, hasta ahora la resistencia ha sido muy fuerte y todavía está por verse el destino final de las recomendaciones del Comité Hathi. Este Comité analizó en detalle la cuestión de las marcas y es conveniente transcribir sus puntos de vista porque unifican los temas tratados en este trabajo:

“La sustitución de marcas por nombres genéricos. La cuestión de los nombres genéricos y las marcas registradas fue extensamente analizada. Se discutió el problema en detalle y en todos sus aspectos, tales como el efecto sobre los precios de los medicamentos, la equivalencia biológica, la calidad, la imposición de controles, las preparaciones de ingredientes múltiples, la exportación de medicamentos, las dificultades de rotulación, el efecto sobre la pequeña industria, los derechos de patente, el sistema de distribución, la aceptación por los médicos, el papel de los distribuidores y farmacéuticos, el efecto sobre el crecimiento de la industria farmacéutica, las dificultades y los inconvenientes del uso de complicados nombres genéricos, etc. Después de tomar en

cuenta todos estos difíciles problemas, el Comité formula las siguientes recomendaciones:

“a] En una acción por etapas, deben abolirse las marcas registradas. Esta medida está dirigida hacia el ejercicio racional de la medicina y es congruente con el interés nacional. Puede permitirse que los medicamentos destinados a la exportación utilicen marcas.

“b] El uso de los nombres genéricos debería comenzar en los medicamentos mencionados en el Apéndice II. Estos son muy utilizados y sus nombres genéricos son tan elegantes como las marcas. Por tanto, debería aplicarse de inmediato la prohibición de comercializarlos al amparo de marcas.

“c] El cambio de marcas a nombres genéricos puede resultar en un aumento de la producción de medicamentos adulterados y de baja calidad. Por tanto, se recomienda vigorosamente la adopción de medidas para asegurar en todo el país un control de calidad más rígido y uniforme.

“d] Todos los medicamentos de un solo ingrediente y aquellos incluidos en la *Farmacopea de la India para las instituciones gubernamentales centrales y estatales y para los organismos locales*, deben licitarse y entregarse según sus nombres genéricos. En la actualidad se licitan los medicamentos conforme a sus nombres genéricos, pero se entregan con marcas. Esta práctica debe desestimularse.

“e] Las etiquetas de todos los medicamentos no mencionados en el Apéndice II deben contener en forma muy visible su nombre genérico. Las marcas pueden mencionarse entre paréntesis.

“f] Se debe solicitar al Director de Medicamentos (Drugs Controller) que no autorice marcas registradas para nuevos medicamentos cuando se los introduzca en el país por primera vez.

“g] En la actualidad se comercializan en la India combinaciones de medicamentos que contienen ciertos productos, especialmente vitaminas, en cantidades que a menudo exceden a las necesarias. Tales combinaciones son, en su mayoría, irracionales. Por causa de ellas hay un inmenso desperdicio nacional de medicinas. Por consiguiente, el Comité recomienda con todo vigor que la Administración del Control de Medicamentos comience de inmediato el estudio de las diversas combinaciones farmacéuticas y adopte rápidas medidas para eliminar las que son irracionales. A ninguna empresa debe permitirse la importación de un producto en cantidades que excedan de las necesarias para elaborar preparados con propósitos terapéuticos y profilácticos.

“h] Debe solicitarse al Comité de Farmacopea de la India que cree nombres no registrables que sean simples, cortos y adecuados, para aquellos medicamentos cuyos nombres genéricos son largos y difíciles.

“i] En el caso de algunos productos son importantes los estudios sobre equivalencia biológica, aunque recientemente se ha exagerado la trascendencia de este factor, no siempre sobre bases racionales. El Comité recomienda la creación de instalaciones en distintos lugares del país, para que los

48. *Ibid.*, p. 498.

49. “Pharmaceutical Industry: Public Sector at Private Sector's Service”, en *Economic and Political Weekly*, 8 de mayo de 1976, p. 678.

50. *Ibid.*

industriales, grandes y pequeños, puedan planificar y llevar a cabo estudios farmacocinéticos y de equivalencia biológica.

”j] Para mantener bien informada a la profesión médica (y en especial a los médicos generales) sobre los nuevos medicamentos, y para popularizar los nombres genéricos, es esencial la inmediata adopción de medidas tendientes a:

1) revisar el Formulario Nacional de la India;

2) editar revistas similares a *Prescribers' Journal* (Reino Unido), *Medical Letter* (Estados Unidos) o *Formulary Notes* (Sri Lanka). Estas revistas deben estar supervisadas por un Comité Editorial que incluya personalidades destacadas de la profesión médica, designadas por el Ministerio de Salubridad del Gobierno de la India.”⁵¹

Como estas recomendaciones tocan todos los aspectos pertinentes del cambio de marcas por nombres genéricos, algunas breves notas servirán para cristalizar los argumentos.

1) *Calidad*. Es cierto que deben realizarse todos los esfuerzos para que sólo se vendan productos de buena calidad. Un gran país en desarrollo como la India, con una apreciable base industrial y gran cantidad de personal altamente calificado, puede llevar a cabo controles de calidad tan buenos como los de la mayoría de los países industrializados. (Las medidas para países más pequeños ya fueron mencionadas en el caso de Sri Lanka.) Sin embargo, es importante *no confundir la cuestión de la calidad con la de las marcas; en tanto que los protagonistas del sistema sostienen que ambas son inseparables, la realidad demuestra lo contrario*.

El estudio mencionado sobre el mercado de antibióticos en Estados Unidos “señala que, durante el caso contra el monopolio de la tetraciclina, Lederle reveló que su costo de control de calidad para 100 cápsulas de 250 mg de Achromycin era de 1.4 centavos [de dólar]. En esa época vendía el producto, su marca de tetraciclina, por 3.60 dólares las 100 cápsulas de 250 mg.”⁵² *Esto significa que los costos de control de calidad de la empresa representaban menos de 0.05% de su precio de venta*. Ciertamente, lo que se cobraba a quienes compraban guiándose por la marca no se justificaba por los costos del control de calidad. Del mismo modo, una comparación directa entre medicamentos de marca y de nombre genérico no sugiere, en absoluto, que los primeros sean de mejor calidad: “un estudio llevado a cabo de 1966 a 1969 por el Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias (National Academy of Sciences – National Research Council, organización privada estadounidense mantenida por la industria), por encargo de la Administración de Alimentos y Medicamentos (US Food and Drugs Administration) encontró que, de las 2 000 medicinas de marca incluidas en la muestra, 8.8% eran ineficaces, en tanto que el porcentaje correspondiente para los medicamentos de nombre genérico era 7.7%”.⁵³

En resumen: es fundamental un buen control de calidad;

los medicamentos genéricos son de tan buena calidad, por lo menos, como los de marca, y mucho más baratos.

2) *Medicamentos adulterados y de mala calidad*. Es absolutamente falso el argumento de que este caso se presentará más a menudo en un sistema de nombres genéricos que en uno de marcas, a menos, por supuesto, que se comercialicen medicamentos adulterados como parte de una política deliberada de algunos industriales para debilitar la posición de los partidarios del sistema de nombres genéricos. Los medicamentos adulterados o falsificados se venden por razones de lucro, y el uso de las marcas otorga muchas más oportunidades de ganancia. Por tanto, *los riesgos son más altos en un contexto que suponga la utilización de marcas*. El Comité Hathi afirmó: “el análisis de todos los productos que no cumplen las normas, mal rotulados o adulterados sobre los cuales se informó... revela que son más los casos de adulteración o mala rotulación en productos de marca. Jamás hubo informes de productos comercializados con nombres genéricos que fuesen adulterados”.⁵⁴ Del mismo modo, Illich, al referirse a un trabajo de Margaret Krieg en Estados Unidos, dice que “informa y prueba que un porcentaje creciente de artículos que se venden en farmacias profesionales legítimamente establecidas son inertes productos falsificados que no pueden distinguirse, ni por el envase ni por la presentación, del *producto de marca*. Es cada vez más difícil detectar estos casos, y el enjuiciamiento de la mafia que está detrás de este mercado negro excede las posibilidades de los actuales organismos judiciales”.⁵⁵

3) *Equivalencia biológica*. Medicamentos genéricamente iguales pueden diferir algo en sus efectos clínicos y, por tanto, en su valor terapéutico. La tasa de liberación del agente terapéutico puede ser “muy alta y muy rápida”, y en ese caso el receptor puede estar expuesto al riesgo de efectos tóxicos, o bien “muy pequeña y muy lenta”, cuando la concentración del agente en el plasma no alcanza los niveles a los cuales ocurre el efecto terapéutico, y entonces el medicamento resulta sencillamente ineficaz. En un estudio reciente⁵⁶ se sostiene que las concentraciones en el plasma pueden variar considerablemente según los métodos de formulación y fabricación del producto y que la marca identifica el método especial utilizado para incorporar el ingrediente activo en ese medicamento. Se agrega que los riesgos de cambiar de marca pueden ser importantes y que es fundamental tomar en cuenta estos hechos para recetar adecuadamente. El trabajo contiene una lista de 43 medicamentos que presentan problemas de equivalencia biológica.

Para evaluar el peso real de estos argumentos, conviene considerar los siguientes puntos: a] La absorción depende tanto del paciente cuanto del medicamento, y el argumento de la equivalencia biológica no asegura, de ningún modo, que cualquier paciente reciba el medicamento precisamente adecuado. b] Puede haber variaciones entre distintas partidas de una misma marca. c] Este es el argumento de mayor peso: la importancia empírica del fenómeno no es grande. “Como lo demuestran las pruebas del Reino Unido y de Estados Unidos, son pocos los medicamentos (42 detectados en el

51. Comité Hathi, *op. cit.*, pp. 260-261.

52. *The New York Times*, *op. cit.*

53. M. Turshen, *op. cit.*, p. 277.

54. Comité Hathi, *op. cit.*, p. 245.

55. I. Illich, *op. cit.*, p. 22.

56. Oficina de Economía de la Salud (Office of Health Economics), *Brand Names in Prescribing*, Londres, septiembre de 1976.

primer país y 24 en el segundo) en los cuales la equivalencia biológica es un problema médico real.⁵⁷ En la actualidad, los problemas principales de equivalencia biológica están bien identificados y pueden adoptarse fácilmente las precauciones necesarias; si un país en desarrollo mantuviese el sistema de marcas de los medicamentos sólo por razones de equivalencia biológica, estaría adoptando una política gravemente equivocada, dados los otros aspectos del tema.⁵⁸

4) *Uso de nombres genéricos y de marcas en las etiquetas.* Para lograr que el medicamento llegue a identificarse gradualmente por su nombre genérico acaso resulte insuficiente que la marca aparezca impresa entre paréntesis, al lado del nombre genérico. Hay artificios (tamaño y tipo de las letras, uso de distintos colores, ubicación y disposición diferentes) mediante los cuales es posible destacar un texto con respecto a otro. Sin duda estos detalles parecen insignificantes, pero pueden influir en la velocidad y en la precisión con que los médicos logren identificar los nombres genéricos.

5) *Simplificación de los nombres genéricos.* Al comienzo de este trabajo se destacó que fue la propia industria farmacéutica la que dio origen tanto a los nombres genéricos cuanto a las marcas. En algunos casos quizá exista la posibilidad de simplificar un nombre genérico, pero debe actuarse con mucha precaución para no dar oportunidad a las empresas farmacéuticas de sembrar más confusión aún.⁵⁹

6) *Identificación del fabricante.* Desde el punto de vista del comprador, es importante tener la posibilidad de recurrir al vendedor, ya sea cuando se presenten dificultades con la utilización del producto, ya cuando desee volver a adquirir el mismo artículo. Para este propósito no es necesaria la impresión del nombre del fabricante en la ampolla, la caja o, en general, en el envase que se utilice. A esos efectos, las transacciones normales entre comprador y vendedor proporcionan indicaciones suficientes sobre el origen del producto, especialmente en las operaciones al mayoreo (más aún en casos como el de Sri Lanka, en que el fabricante está obligado a otorgar certificado de calidad). Mantener la identificación del fabricante aumenta el riesgo de que resulte difícil corregir ciertos hábitos de compra, especialmente en el sector privado.

7) *Fuentes de información.* El Comité Hathi señaló algunas fuentes de información confiable, provenientes de países desarrollados y en desarrollo. *No escasea el material basado en criterios científicos y no comerciales; por tanto, no hay*

57. S. Lall, "Major Issues. . .", *op. cit.*, p. 55. Nótese también la siguiente afirmación del Informe Final del Grupo de Trabajo del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (HEW), Washington, febrero de 1969: "Sin embargo, el Grupo de Trabajo cree, sobre la base de las pruebas disponibles, que se ha exagerado mucho como un importante peligro para la salud pública la falta de equivalencia clínica entre equivalentes químicos que cumplan todas las normas oficiales". Citado por Ross A. Chapman y George A. Boyd en *A Preliminary Study of Drug Costs in the Commonwealth Caribbean*, febrero de 1974, pp. 45 y 46.

58. En 1975, una misión de expertos que visitó la República Popular China sólo encontró una referencia a la equivalencia biológica, en un viaje de 26 días. Véase Norman R. Farnsworth, "Pharmacy Practice and Pharmacy Education in the People's Republic of China", en *American Journal of Pharmaceutical Education*, mayo de 1976.

59. Como ejemplo, véanse las propuestas mencionadas en el artículo citado del *Financial Times*.

razón alguna para que un país en vías de desarrollo carezca de información actualizada, aun cuando no tenga la capacidad de editar su propia publicación especializada.

8) *Exportaciones.* En este punto, el Comité mantiene una posición flexible. Como regla general, y de acuerdo con la tendencia hacia la cooperación entre los países en desarrollo, cada país debería abstenerse de exportar el problema a los otros, es decir, no se debería aumentar la dificultad de otros incrementando la cantidad de marcas. Si todos los países utilizaran el sistema de compras a granel de productos genéricos, sería imposible mantener las marcas para exportación (excepto para los países industrializados). En los casos en que sea posible la exportación de productos de marca (en países que, como la India, poseen instalaciones industriales en su territorio), la meta debería ser el establecimiento de una buena reputación para las empresas genuinamente locales, no para las filiales de las transnacionales. El prestigio no debe basarse en las marcas registradas sino en el desempeño competitivo de los productos.

9) *Efectos sobre el crecimiento.* Establecer una industria farmacéutica por sí misma no tiene sentido, a menos que se especifiquen con claridad ciertas condiciones. Lo que se busca, siempre que sea viable, es la disponibilidad (en cantidad, calidad, lugar y oportunidad adecuados) de aquellos medicamentos que resulten más útiles para las necesidades sanitarias de un país, dados sus precios y sus efectos terapéuticos. La producción local debe guiarse por estos criterios, y el crecimiento, en el sentido de un aumento de la producción, sólo es útil si está de acuerdo con estas condiciones.

10) *La vida de las patentes.* Como ya se indicó, en tanto que las patentes tienen vigencia limitada, las marcas pueden renovarse indefinidamente. La combinación de ambas otorga una protección jurídica perpetua que debe eliminarse. Lo que se dijo al respecto en otra parte del trabajo subraya la importancia de eliminar esta fuente de poder en el mercado.

La experiencia de la política de la India es valiosa, dadas las circunstancias: es el mayor país en desarrollo productor de medicamentos, y el grueso de esa producción está en manos de empresas transnacionales. Se han realizado minuciosas investigaciones cuyas recomendaciones, si se pusiesen en práctica, cambiarían notablemente las características del sector. Sin embargo, subsisten numerosos problemas, "y es tanto lo que hay en juego que puede esperarse que las transnacionales resistan con todos los recursos a su alcance cualquier intento de alterar el sistema de marcas registradas".⁶⁰

Brasil

En 1971 se estableció un organismo gubernamental llamado Central de Medicamentos (CEME), con el objeto de proveer a los sectores más pobres de la población con medicamentos de costo muy bajo o nulo. Se confeccionó una lista de 400 medicamentos, sobre cuya base quedaba cubierta la mayoría de los problemas sanitarios del país susceptibles de tratarse

60. *Economic and Political Weekly*, 27 de marzo de 1976, *op. cit.*, p. 499.

química. Esa lista era parte de un "Plan Central", que incluía severos controles sobre la venta y la publicidad de medicamentos, normas sobre la literatura que acompañaba los envases (los folletos que, presuntamente, indican lo que cada medicamento hace o deja de hacer), y restricciones a la distribución de muestras gratuitas. A fines de 1973 la CEME manejaba 108 productos farmacéuticos, 52 de los cuales se consideraban esenciales.⁶¹ Los artículos se adquirían mediante licitaciones públicas, para las cuales la CEME especificaba tipos, cantidades y fechas de entrega. "Todos los artículos adquiridos deben llevar el símbolo de la CEME, y el nombre del medicamento debe incorporar el de la CEME. El nombre del fabricante no aparece en el envase, *contrariamente a lo esperado por los industriales, quienes esperaban recibir cierta publicidad por la aplicación del sistema.*"⁶²

En el Brasil, como en la mayoría de los países en desarrollo, no puede tener eficacia la compra al mayoreo por parte del Gobierno si no se realiza un esfuerzo para cambiar los hábitos de recetar de los médicos. Se suponía que los empleados en los servicios públicos de salud los recetarían a los pacientes de bajos ingresos, y se estimuló a los que ejercen la medicina privada para que los recetasen a sus clientes más pobres. Para contribuir a realizar el proyecto, la CEME ha hecho cierta publicidad de sus productos, aunque en escala modesta, mediante anuncios radiofónicos en el noreste del país, y ha intentado llevar a cabo campañas publicitarias entre los mismos médicos. La reacción de las empresas ante estas iniciativas era previsible. Como dijo el presidente de la filial brasileña de Pfizer: "Estamos dispuestos a cooperar con la CEME vendiéndole medicamentos con 50% de descuento —en realidad, tenemos cierta capacidad de aumentar la producción— pero sólo lo haremos en tanto el Gobierno no los distribuya entre quienes pueden pagarlos".⁶³ Esta división del mercado entre el sector de los pobres (considerado por las empresas como un apéndice) y el de las clases media y alta apareció en un informe de *Business Latin America* a fines de 1973: "Algunos dirigentes [de las compañías farmacéuticas] piensan que la clase media de Brasil, que crece rápidamente, puede permitirse comprar medicamentos más especializados y complejos que los que comercializa la CEME. En otras palabras, se sentirían conformes dejando a la CEME la tarea de desarrollar un futuro mercado entre los brasileños pobres".⁶⁴

Desde el anuncio original del Plan Central, se le hicieron cambios que indicaban nuevas evaluaciones cuya efecto fue reducir de manera drástica el campo de acción de la CEME. En julio de 1975 la lista de 400 medicamentos que debía adquirir fue reducida a 293, cuando el Ministro de Bienestar (de quien pasaron a depender algunas de las funciones de la CEME cuando se las sustrajo del ámbito de la Oficina de la Presidencia) publicó una nueva lista de medicamentos en los cuales la CEME debía poner atención. "Ciertos medicamentos esenciales ya no estaban en la lista y, lo que es peor, ésta vio reducido su papel al de una mera guía. Tanto la CEME cuanto otras instituciones oficiales que podrían distribuir medicinas a los pobres, quedaban autorizadas para sustituir

los medicamentos de la lista por otros similares que existiesen en el mercado."⁶⁵

Brasil ocupa el segundo lugar entre los países en desarrollo por su producción de medicamentos y, al igual que la India, una parte importante de su mercado está en manos de las transnacionales. Tampoco en él las propuestas y los proyectos adoptados han logrado quebrar el sistema de producción, comercialización y distribución. Aunque son claras las pautas generales de la acción gubernamental hasta el momento ninguna medida radical ha tenido éxito.

CONCLUSIONES

Todo lo que se haga con respecto a las marcas en la industria farmacéutica debe integrar una estrategia global. Cada día se reconoce más que la primera necesidad es el establecimiento y la aplicación de una lista de medicamentos básicos acorde con las necesidades sanitarias de cada país. Una vez elaborada dicha lista, es preciso implantar en muchos, si no es que en la mayoría de los países en desarrollo, los procedimientos de compra que aseguren la importación más barata posible de medicamentos, conforme a ciertas normas de calidad. Desde luego, si la producción local puede cumplir esas normas, tanto mejor. Sin embargo, disponer de los productos adecuados no es suficiente. Los médicos deben conocer su existencia, y las autoridades deben llevar a cabo una intensa difusión de la información; sólo así podrán cambiarse los hábitos de recetar. Mediante este proceso también se debe utilizar al máximo la capacidad profesional de los farmacéuticos, hoy en día ociosa.

En este contexto, y a la luz de las pruebas expuestas en este trabajo, resulta sumamente claro que los países en desarrollo deberían eliminar, o por lo menos restringir, la concesión de marcas en el sector farmacéutico. Esto supondría apartarse de la práctica habitual de aceptar el registro de marcas en todos los sectores sin excepción. No obstante, los efectos perjudiciales de la plaga de las marcas están muy claros; a menos que se adopten rápidamente otras medidas es difícil que las limitaciones a las patentes en este sector, hoy en día tan comunes en los países en desarrollo, den frutos positivos. Con respecto al mercado de exportación, en especial a los países desarrollados, quizás algunos países quieran permitir la permanencia de las marcas, sin tomar en cuenta si quien realiza la exportación es una empresa extranjera o una nacional. En un contexto de acuerdos de cooperación entre países en vías de desarrollo, dentro del cual se organizase en forma conjunta la producción para satisfacer las necesidades de los participantes, el uso de la marca registrada carecería de sentido para los abastecimientos dentro del grupo; si éste deseara exportar a terceros países, podría imaginar alguna manera de designar sus productos.

Cabe una última observación. No se tendrá una clara conciencia de los beneficios provenientes de eliminar el uso de marcas, en tanto los recursos ahorrados no se dediquen realmente a mejorar la totalidad de los servicios de salubridad y, por tanto, la salud de la población. Ese debe ser el objetivo central, no sólo de la política con respecto a las marcas, sino de la política para todo el sector farmacéutico.□

61. *Business Latin America*, 5 de diciembre de 1973, p. 390.

62. *Ibid.*

63. R.J. Ledogar, *op. cit.*, p. 69.

64. *Business Latin America*, *op. cit.*, p. 391.

65. R.J. Ledogar, *op. cit.*, p. 70.