

MEDICAMENTOS, MERCADO Y POBLACIÓN

Ángel Gavidia Ruiz*

Tiene razón Diego Gracia Guillén cuando refiere que la historia del medicamento es el repaso de una hazaña prometeica. Es decir, coloca al medicamento a la altura del fuego. El fuego celosamente guardado por los dioses, monopolizado por estos, hasta que Prometeo, ese dios tan amigo de los hombres, lo pone al alcance de los seres humanos inmolándose por ellos. El manejo del fuego permitió modificar a la naturaleza y, el del medicamento, aliviar los males, prolongar la vida, en fin, mejorar la durísima existencia (1,2). Pero esta bella y hasta épica historia encuentra, ahora, al fármaco convertido en un objeto de producción industrial, con lo cual —y esto a todas luces es bueno— abarata su costo y puede llegar a mayor número de enfermos, pero se halla, también, incorporado a la dinámica de la sociedad de consumo, sujeto a las mismas tensiones, intereses económicos y dura competencia como cualquier sector del mercado o quizás más (3).

No sé si aún existe alguna duda con respecto a que los medicamentos son una mercancía. Cabe la posibilidad que el sofisticado marketing los haya disfrazado de tal forma que no se perciba fácilmente su entraña de producto comercial: es decir la de venderse y lograr los mayores dividendos para las compañías que los producen. Sin embargo, las grandes transnacionales productoras de dichos fármacos están allí para demostrar las enormes ganancias alcanzadas. Y este excelente desempeño, en términos económicos, desde sus más encumbrados gerentes hasta sus visitantes médicos, no nos estaría ocupando, ahora, si no supiéramos que entre ellos y el consumidor final se halla, como un puente inevitable, el médico. El médico y su responsabilidad social, su actitud crítica, su proclamada libertad. Y más, el médico en el contexto de un país subdesarrollado, con leyes tan laxas como la voluntad para cumplirlas y, en nuestro caso, el médico ejerciendo en una región como La Libertad en donde el índice de pobreza bordea el 46% y los campesinos esparagueros de Virú ganan 13 soles diarios por jornal. ¿Para qué sirve un medicamento que no puede llegar a la mano del que lo necesita?

Hace más de un lustro, un distinguido profesor extranjero hacía notar que el mercado peruano, en

cuestión de fármacos, era uno de los más globalizados del mundo. Medicamentos que todavía «no entraban» en Europa o Estados Unidos ya los teníamos por acá haciendo furor en los recetarios de nuestros facultativos. Esta característica no debería asombrarnos, es común en estados pobres y débiles incapaces de resistir las presiones del poder económico, estados incompetentes para custodiar responsablemente la salud de sus pueblos y, por lo tanto, exigir eficacia, seguridad y eficiencia probadas como requisito de los fármacos que pretendan comercializarse en su ámbito. En 1997 apareció en el Diario Oficial El Peruano el texto de la Ley General de Salud N° 26842 y es un magnífico ejemplo de lo que sostenemos. Menciona que podrán inscribirse aquellos fármacos comprendidos en ocho farmacopeas y también «podrán inscribirse aquellos productos cuya fórmula no se encuentre comprendida en las obras antes señaladas pero que estén autorizadas por las autoridades competentes del país de origen». Normaba, además, que «la inscripción en el registro sanitario es automática con la sola presentación de los documentos establecidos en la presente disposición» (4). Con nosotros anduvieron, obviamente, la troglitazona y el rofecoxib además de otros novísimos coxibs que fueron luego retirados.

El profesor Gianni Tagnoni dice que los medicamentos han devenido en los últimos años en uno de los indicadores más importantes de lo que está pasando en el conflicto entre las exigencias de las leyes del mercado y las exigencias de la salud. El problema del medicamento llega a ser también un punto de confrontación entre los que garantizan el derecho fundamental a la salud y los que garantizan solamente la salud del mercado. Y las reglas del mercado son vender más y, generalmente, lo más caro y lo más nuevo, sin tener en cuenta lo que realmente es útil (5). En este proceso, los medicamentos nuevos y más caros son los que más se promocionan. Y, por su corto período de existencia, a estos productos se les conoce menos, incluyendo si algunos grupos de personas deberían evitar el medicamento o si existen raros efectos adversos a largo plazo. Este es uno de los más evidentes ejemplos del conflicto constante entre los objetivos terapéuticos y los objetivos comerciales. En contraparte, los medicamentos mejor conocidos, los más antiguos y más baratos son los que menos se promocionan (6), existe incluso un grupo de

medicamentos que siendo valioso ha perdido todo interés comercial de parte de los fabricantes. Llevan el sugestivo nombre de «productos huérfanos»(3). Siguiendo la línea, el profesor citado anteriormente tiene una experiencia relevante que vale la pena conocer. «He introducido, dice, en mis propias actividades de información, las preguntas sobre ¿Qué? y ¿Cuándo? las muchas **novedades** de la farmacología se traducen en beneficios medibles clínica y epidemiológicamente. La investigación ha documentado que sólo en raras oportunidades, novedades farmacológicas o biotécnicas mantienen sus promesas cuando son experimentadas en el hombre»(7) Y si, por saludable escepticismo, se necesitara alguna otra fuente, allí tenemos a la FDA de los Estados Unidos, quien ante la introducción de los 348 nuevos medicamentos (entre 1981 y 1988) de las 25 compañías farmacéuticas estadounidenses más grandes, hizo notar que sólo 3%, es decir 12 medicamentos representaron una «contribución importante respecto a los tratamientos existentes»; 13% tuvo una «contribución modesta» y 84% hizo «poca o ninguna contribución» (6).

La comprobación empírica demuestra la gran influencia que tienen los propagandistas médicos en las recetas de los profesionales de la salud. La mercadotecnia desarrollada en el campo de la oferta de medicamentos abarca un espectro bastante amplio de estrategias que van desde la realización de «Congresos» hasta la subvención de pasajes, alojamientos o cenas, y lo que es más común, el obsequio de pequeños regalos que manipulan la decisión de los médicos tratantes. Cito textualmente a Andrew Chetley: «Los trabajadores de la salud dependen virtualmente en su totalidad de la industria respecto a la información sobre las medicinas que usan. Aunque todos los médicos niegan que su conocimiento de los medicamentos está influido por las actividades de la industria farmacéutica, el Colegio Americano de Médicos señala que hay pruebas considerables que respaldan la eficacia del encuentro personal con un vendedor profesional para moldear las actitudes de los médicos hacia los medicamentos» (6). Y, como venimos repitiendo, el mercado tiene una racionalidad que colisiona casi siempre con los intereses de los pacientes y más de los pacientes pobres. No es casual, por tanto, que las recetas médicas más caras del Perú, según un estudio publicado hace algunos años, se prescribieran en Huancavelica, nuestra región más pobre, con 88% de pobreza.

El objetivo, aún pendiente, es poner medicamentos eficaces, seguros y efectivos al alcance de la población. La OMS ha identificado aproximadamente 270

medicamentos esenciales suficientes para tratar los problemas de salud de cualquier país. Es bueno recordar que el Perú junto con Sri Lanka fueron países pioneros en materia de selección de los entonces llamados «medicamentos básicos». Mayormente no son caros, son sustancias probadas, se puede confiar en ellas, y se sabe que son medicamentos seguros. Los hospitales más famosos de Estados Unidos, Suecia, Los Países Bajos, Suiza, trabajan con formularios de 300 a 500 medicamentos demostrando así la racionalidad terapéutica y económica de esta medida (8). En nuestro país existe el petitorio nacional de medicamentos esenciales; existe igualmente, la exigencia de usar, para nombrarlos, la denominación común internacional (DCI); igualmente, estos medicamentos están disponibles bajo un precio muy razonable; pero se halla en la población y en el médico tratante el fundado temor de que la calidad de estos productos denominados sólo por el DCI sean de inferior calidad que los «de marca». Mientras no se haga un exigente control de calidad de todos los medicamentos que ingresan al país esta posibilidad existe. Urge, entonces, que se llene este peligroso vacío; sólo así se revalorizará el fármaco «genérico» que se comercialice en el país; pero, como digo, esta confianza estará sustentada en el impostergable control de la calidad por el cual deben pasar todos los fármacos a los que se halla expuesta nuestra población y en especial los medicamentos esenciales. Sin embargo, quedan en el tintero algunas dudas. ¿Permitirán los enormes intereses económicos que se juegan realizar este control garantizando «genéricos» de calidad probada? ¿Podrán los médicos tratantes actuar con la autonomía y seriedad intelectual que les permita sustraerse de las sutiles y no tan sutiles influencias del mercado? Como dijo Neruda apoyándose en Shakespeare: Se trata aquí de ser o de no ser (9). Y aunque parezca éste un artículo muy ideologizado creo con Bunge que hay que cientificar la ideología (10). Los hechos están allí. El mercado tiene intereses que no son los del paciente. Y el paciente, para bien, todavía confía en la sabiduría y honestidad de su médico tratante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia D. Presentación. En: Historia del medicamento. 1ª edición. Barcelona: Ediciones Doyma; 1985.p.7-9
2. Gueber H. Grecia y Roma. 1ª edición. Madrid: Edimat Libros; 2000.p.23-25.
3. Arquiola E. La terapéutica farmacológica actual: balance y perspectivas. En: Historia del

- Medicamento. 1º edición. Barcelona: Ediciones Doyma; 1985. p. 221-228
4. Editorial. Revista de Salud y Medicamentos 1997; 37:2-3
 5. Entrevista al profesor Gianni Tognoni. Revista Medicamentos y Salud Popular 1995; 30: 6-7
 6. Chetley A. ¿Qué es un medicamento problema? 2º edición. Amsterdam: Health Action Internacional; 1995. p.12-13
 7. Tognoni G. Prólogo. En: Guía Farmacológica Nacional. 1º edición. Perú: Ministerio de Salud; 1993. p.15-19
 8. Antezana F. Prólogo. En: Guía Farmacológica Terapéutica Nacional. 1º edición. Perú: Ministerio de Salud; 1993. p.13-14
 9. Neruda P. Incitación al nixonicidio y alabanza de la revolución chilena. Disponible en: pablo-neruda2-franse.blogspot.com/ (fecha de acceso: 12 de marzo del 2008)
 10. Bunge M. Ciencia e Ideología. En: Ciencia y Desarrollo. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1967. p.97-111

*Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Belén de Trujillo.
Profesor de Medicina de la UNT. E. mail: angelgav@hotmail.com