

¿QUIEN NECESITA LA COMPAÑIA DE DROGAS?

Grupo Haslemere

El poder de las compañías multinacionales se ha convertido en una preocupación a través del espectro político. La industria de las drogas posee más compañías multinacionales que cualquier otra industria, y a pesar de las críticas del gobierno y de la prensa, continúa creciendo y prosperando. Durante el curso de nuestras vidas, cada uno de nosotros ha querido y ocasionalmente necesitado los productos ofrecidos por las compañías de drogas. Quizás debido a ello es que ha existido cierta resistencia a apoyar la crítica con acción.

Este escrito muestra cómo trabaja la industria de las drogas y descubre algunas de las malas prácticas que han ocurrido, tanto en los países industrializados, como en los del Tercer Mundo. Se investiga el papel de las drogas en relación a las necesidades de salud verdaderas de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Finalmente sugerimos las posibilidades de cambio —cambio en la forma en que la industria de las drogas opera, particularmente en los países del Tercer Mundo, y cambio en nuestras actitudes como consumidores (y médicos como prescriptores) de drogas— para que podamos sacar el máximo beneficio de las drogas empleadas con cuidado, y minimizar los peligros de las drogas usadas en exceso.

“Estoy sentado sobre las espaldas de un hombre, sofocándole y haciendo que me sostenga y aún así me aseguro y doy seguridad a otros de que lo siento por él y que desearía hacerle menos pesada la carga por todos los medios posibles —excepto descendiendo de sus espaldas.”

LEO TOLSTOY

“Nunca antes había tenido el hombre tal capacidad de controlar todo lo que lo rodea, terminar con la sed y el hambre, conquistar pobreza y enfermedades, abolir el analfabetismo y la miseria humana masiva. Tenemos el poder de hacer de ésta la mejor generación de la humanidad o hacer de ella la última.”

JOHN F. KENNEDY

“El Tercer Mundo no tiene la intención de formar una enorme cruzada de hambre contra toda Europa. Lo que espera de aquellos que lo han mantenido en esclavitud por siglos es que lo ayuden a rehabilitar al hombre, hacer que triunfe en todas partes de una vez por todas y para siempre.”

FRANTZ FANON

INTRODUCCION

La industria de las drogas está en estado de sitio. Al menos de eso se queja el señor Alfred Hartmann, vice-presidente de Hoffman-La Roche, el gigante suizo cuya ganancia sobrepasa los \$ 1000 millones. Roche se ha visto recientemente bajo el escrutinio de los gobiernos Británico, de Alemania Occidental, Australiano y Canadiense por sobrepreciar excesivamente sus dos productos de mayor venta, Librium y Valium, y en el presente se ve ante el prospecto de la Comisión del Mercado Común de tomar acción en contra, debido a contratos de venta de vitaminas, que según se afirma han violado los artículos de mercadeo de la CEE.

A pesar de ser una industria en continuo aseo, los productos farmacéuticos se mantienen bastante bien. Muy pocas de las compañías de drogas reportan pérdidas anuales y consecuentemente la industria ha podido crecer a un ritmo mucho más rápido que cualquier otra industria manufacturera, tanto a través de tiempos de recesión económica como de prosperidad (1). Se estima que para 1980 unas 5000 firmas, dominadas por 40 gigantes multinacionales, que actualmente controlan el 30% del mercado, competirán por negocios de un valor de más de \$ 50,000 millones (2).

Si el señor Hartmann afirma que por ataque es que la industria de las drogas ha sido objeto de frecuente investigación en Europa y en América, entonces está en lo cierto. El Gobierno Británico ha llevado la delantera en estas investigaciones con la publicación del Informe de Sainsbury en 1967, (3) sobre la relación de la industria farmacéutica con el Servicio Nacional de Salud; con la investigación de la Comisión de Monopolios sobre los precios de Librium y Valium en 1973; (4) y con la batalla legal

subsiguiente entre el gobierno y Roche, que terminó en un trato con el cual Roche aceptó pagar al gobierno 3.75 millones de libras esterlinas y el gobierno aceptó permitir a Roche subir los precios de Librium y Valium, violando la patente, un 50% y 100% respectivamente (5).

Fueron los industriosos esfuerzos del Senador Estes Kefauver y del Sub-Comité del Senado de Antimonopolios en los Estados Unidos, los que dirigieron la atención pública hacia la industria. El comité de Kefauver revisó los precios y las políticas de mercadeo de la industria de las drogas por más de una década y la evidencia recopilada cubrió 12,885 páginas y llenó 13 volúmenes grandes. Esta enorme cantidad de evidencia, formada cuidadosamente durante años, y suplementada durante las audiencias de Nelson y más recientemente durante las audiencias de Kennedy, revelaron una promoción lucrativa de fijación de precios de drogas inefectivas, propaganda y técnicas de venta dudosas, mercados de monopolio y supresión de información.

Sin embargo, la industria de drogas ha continuado, descaradamente, aumentando sus ganancias, resistiendo críticas y aún contra-atacando con su propia propaganda, tanto que, así como Lord Justice Diplock observara, "Seamos perdonados por suponer que éramos testigos de un concurso entre filántropos, en el que a uno de ellos le es permitido otorgar un mayor beneficio al público" (6).

Crecimiento de las Multinacionales

La fuerza de las compañías farmacéuticas que ocupan los primeros lugares se derivan en gran parte de dos facetas en sus operaciones que están íntimamente relacionadas: su carácter multinacional y su posición de mercadeo casi en monopolio (7). El crecimiento de las multinacionales es un hecho frecuen-

(1) M. Silverman y P.R. Lee, *Píldoras, ganancias y política*, p. 29, Prensa de la Universidad de California, 1974.

(2) *El Times*, Persiguiendo una panacea por el beneficio de la miseria, 2.4.74.

(3) Reporte del Comité de Investigación Sistemática de la Relación de Industria Farmacéutica con el Servicio Nacional de Salud, 1965-1967, Cmnd. 3410, HMSO, 1967.

(4) La Comisión de Monopolios, *Clordizapóxido y Diazepam*, 1971, HMSO, 1973.

(5) *El Guardián*, Roche paga mientras los tranquilizantes suben, 13.11.75.

(6) *Periódico Médico Británico*, Ley de Patentes y la Industria Farmacéutica, 2, pp. 510-511, 1975.

(7) La competencia entre las firmas es más escasa de lo que aparenta, ya que la mayoría de las firmas tienden a perseguir líneas de investigación limitadas y ser las primeras en sus propios campos; en los años 1960, en cada una de las 13 clases de productos

temente lamentado por los mantenedores del sistema capitalista. De acuerdo a ellos todo estaría bien si sólo las compañías no hubiesen crecido tanto. Pero las compañías multinacionales no son fungosidades en la otra face aceptable del capitalismo; son el resultado lógico de la expansión y consolidación competitivas. Fue en los años cuarenta y en los cincuenta que la industria farmacéutica, dependiendo de la industria petroquímica, vio la más grande proliferación de compañías pequeñas. Desde entonces el patrón de desarrollo ha sido un aumento de las uniones comerciales y de acaparamientos, de manera que las compañías nacionales grandes rápidamente se tornaron en gigantes multinacionales, con compañías subsidiarias a través de todo el mundo, y predominantemente en los países desarrollados. Las compañías pequeñas gradualmente fueron absorbidas o sacadas fuera del mercado (8). En Gran Bretaña ahora, 5 compañías controlan aproximadamente el 30% del mercado; (9) en los Estados Unidos, 10 firmas controlan más o menos el 40%; (10) las firmas suizas, Roche, Sandoz y Ciba-Geigy cuentan con aproximadamente el 15% de las ventas mundiales (11).

Compañías de este tamaño, como las multinacionales en otras industrias, representan una concentración de poder, finanzas y recursos que pueden eliminar toda la competencia, excepto la de multinacionales de tamaño similar. El alcance global de sus transacciones hace el control de países individuales bastante inadecuado, debido a que las compañías multinacionales pueden coordinar sus transacciones

financieras y minimizar el efecto de regulaciones gubernamentales. En planeamiento llevan ventaja sobre cualquier gobierno. Una corporación multinacional es una organización relativamente centralizada con el solo objetivo —ganancias— mientras que los gobiernos se enfrentan a una cantidad de objetivos y falta de organización, tanto internamente como en su trato con otros gobiernos.

Además de este balance estructural en potenciales para una acción efectiva, el tamaño y el poder de las multinacionales significa que los gobiernos nacionales dependen de ellas cada día más, como patronos, inversionistas y como fuentes de ingresos fiscales. Si un gobierno nacional no es suficientemente complaciente, una multinacional puede amenazar con cerrar operaciones en cualquier país particular. Existen otras presiones más sutiles que se pueden aplicar: las compañías multinacionales pueden alterar el balance nacional de pagos, cambiando los precios por los que la mercadería se transfiere de una subsidiaria a otra; pueden influenciar las tasas de cambio, moviendo fondos de una moneda a otra; pueden mover inversiones o exportar pedidos de plantas de un país a otro (también una puntada conveniente para abolir los sindicatos locales). Última en orden pero no en importancia en la gama de persuasión es el viejo y buen soborno. En América se afirma que la industria de las drogas “compra los votos de los diputados en la forma en que usted y yo compramos aspirinas”, (12) y en algunos países del Tercer Mundo la preferencia inexplicable por ciertas drogas de elevados precios, se puede razonar por la presencia de la corrupción en los ministerios de salud y en las agencias de planeamiento.

Mientras tanto, la no sutil influencia política de las multinacionales más conocidas, tales como ITT en Chile y la United Fruit en Latino-América se ha publicado ampliamente y los abusos de algunas compañías farmacéuticas de sus posiciones de comercio dominantes, han sido menos publicados pero más lucrativos. En este escrito veremos algunas de sus actividades en los países industrializados y en el Tercer Mundo. Después observaremos las limitaciones de las drogas en el tratamiento de las causas mayores de salud enfermiza y de muerte prematura

prominentes, las cuatro firmas principales contaron con 60-80% más de ventas. L.G. Schiffrin en *Problemas de Competencia en la Industria de las Drogas*, 5, pp. 1890-1900, 1967. Similarmente, un nuevo producto suministrado en lugar de un obsoleto, generalmente es fabricado por la misma compañía que desarrollara la droga original, OECD, *Brechas en Tecnología: Productos Farmacéuticos*, p. 69, París, 1969.

- (8) En Italia en 1955 hubo 1,300 compañías vendiendo drogas, pero en 1973 solamente 540. En Francia, las 2000 firmas han bajado a 400 a partir de 1950. El Times, op. cit., 2.4.74.
- (9) J. Robson, *Tome una Píldora*, p. 3, Marxistas en la Medicina, 1972.
- (10) El Guardián, Los perros guardianes de US vigilan al UK.
- (11) El Times, op. cit., 2.4.74.

-
- (12) Citado por R.W. Lang en *La Política de las Drogas: Las Industrias Farmacéuticas Británicas y Canadienses*, Casa Saxon, 1974.

en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Finalmente sugeriremos las posibilidades de cambiar la situación presente: una situación en la que las compañías multinacionales crecen en tamaño y poder mientras los gobiernos dan su consentimiento y en la que la mayoría de personas siguen creyendo que tomar píldoras resolverá sus problemas de salud —y otros.

PARTE I. UNA INVERSION LUCRATIVA... COMO OPERAN LAS COMPAÑÍAS DE DROGAS

Una mirada a los precios que cobran y a las ganancias que logran, la naturaleza y los costos de investigación y desarrollo de nuevas drogas, la operación del sistema de patentes y las técnicas de publicidad y promoción.

Precios y Ganancias

Las compañías productoras de drogas suizas, mantienen la economía de sus operaciones como un secreto muy bien guardado. Bajo la protección de la ley suiza mantienen su sistema financiero solamente para ser presentado a sus socios (13). Las cuentas publicadas de la mayoría de las compañías británicas dan un poco más de información útil; las ganancias de sus ventas de drogas están conciliadas entre intereses diversos tales como, alimentos, bebidas, fertilizantes, productos de perfumería y cosméticos. La ley americana, sin embargo, obliga a las compañías públicas a que muestren sus estados financieros de una u otra forma. De esto se hace evidente que las ganancias de muchas compañías de drogas son usualmente altas. En la industria como un todo, los dividendos empleados en los años 1960-1973 fueron alrededor de un 18%, (14,15) comparadas con so-

lamente 11% para todos los otros tipos de industria manufacturera (15). La situación ha sido esta a través de la industria de las drogas; estas altas ganancias han sido únicamente sobrepasadas por la industria del jabón y cosméticos, que en muchos casos están ligadas con las farmacéuticas.

Considerando los gigantes multinacionales, sin embargo, aún este promedio esconde la verdadera enormidad de sus ganancias (16). En Bretaña, por ejemplo, en 1972 Boots y Beecham's mostraron 41% y 45% de ganancias respectivamente del capital empleado (17). Similarmente, Merck, Sharpe y Dohme, el segundo productor de drogas en los Estados Unidos, mostró el 50% de ganancias del capital empleado en 1973, y todos los demás productores también tienen ganancias bastante elevadas (14). Los márgenes de ganancias en ventas reflejan un patrón similar, teniendo los gigantes la mayor parte de las ganancias. En 1972 Pfizer obtuvo \$ 103 millones de ganancia de la venta de \$ 1000 millones. Eli Lilly, \$ 126 millones de \$ 820 millones de ventas; Merck, \$ 147 millones de \$ 958 de ventas (18) y allá en casa, en 1972, ICI de Bretaña registró un 30% de ganancias en ventas (14).

Tales ganancias tan altas del capital empleado son igualmente verdaderas en cuanto a las operaciones en los países de desarrollo. En India, por ejemplo, las 33 firmas de drogas extranjeras controladas, abasteciendo del 65-75% del mercado total, mostraron dividendos sobre el capital del 30% en 1970, y registraron ganancias de más de un 20% cada año, entre 1968 y 1970. De nuevo las compañías más grandes se quedan con la mayor parte; Roche, por ejemplo, registró ganancias de un promedio de 45% en el tiempo que las compañías de drogas extranjeras generalmente alcanzaban 20 al 24% en India. No hay duda de que en India, las compañías de drogas extranjeras no son solamente las que obtienen más ganancias de los manufactureros en general, sino

(13) En la ley suiza, los empleados que proporcionen información secreta de la industria pueden ser encarcelados por espionaje, como sucedido al señor Stanley Adams, un empleado antiguo de Roche, quien reveló detalles de los contratos Roche de fidelidad para vitaminas.

(14) Proporción de Negocios de ICC, Estudio sobre la Industria de las Drogas, 1974.

(15) Silverman y Lee, op. cit., pp. 30 & 328.

(16) El Informe Sainsbury, op. cit., p. 110.

(17) El Times 1000, 1973. Las ganancias mencionadas se basan en todas las actividades de Boots y Beecham, y no sólo en las drogas.

(18) Silverman y Lee, op. cit., p. 329. Ganancias cotizadas netas después del impuesto.

también de todos los negocios controlados desde afuera, incluyendo las áreas no manufactureras (19).

Estas ganancias no han permanecido sin crítica y sin el intento de control de parte de las agencias gubernamentales. En Bretaña, el ataque hacia las ganancias fue por primera vez intentado en 1961, cuando el Comité de Contabilidad Pública de la Casa de los Comunes, bajo la presidencia de Harold Wilson, informó que las ganancias sobre el capital empleado para subsidiarias de compañías de drogas americanas en Bretaña llegaban a un promedio de 70%; las ganancias de las firmas británicas al 20% también eran inaceptablemente demasiado altas, y las de las firmas suizas llegaban al 13% (20). A pesar del poderío de la evidencia procedente de este Comité a través de los años, el Gobierno Británico ha sido, con dos raras excepciones, inefectivo al reducir el sobreprecio excesivo de las drogas. Esta situación se ha perpetuado por la creencia falsa de que la competencia de precios dentro de la industria y los esquemas de Regulación de Precios Voluntarios existentes son medidas de salvación adecuadas. De hecho, la competencia de precios es muy limitada; (vea nota N° 7) el sistema de patentes, el gran énfasis dado a las marcas en la promoción de ventas, y el hábito de prescripción por marca en conjunto con la poca familiaridad de los médicos con los precios de las drogas, merman la competencia de precios genuina. En relación a los Esquemas de Regulación de Precios Voluntarios, el Informe Sainsbury comentó: "Ciertos precios han permanecido fuera de los límites de racionalidad no obstante los Esquemas de Regulación de Precios Voluntarios" (21).

Piense en una cantidad, dóblela . . .

En vista de estas enormes ganancias, no será una sorpresa que la fijación de precios se relacione menos con el costo de desarrollo, producción y pro-

moción que con lo que el mercado tendrá que soportar.

Los siguientes ejemplos, de los cuales algunos fueron sacados a la luz por primera vez en las audiencias de Kafauver, son selectivos, pero ejemplos similares son tan generalizados, que estamos seguros de estar tratando aquí, no con unos pocos casos anómalos, sino con una tendencia general hacia sobrepreciar a través de toda la industria.

En 1960, la droga anti-inflamatoria de Schering, prednisolona, les costó 1.6¢ por tableta producida. Se vendió al farmacéutico en los USA en 17.9¢, quien lo vendió al paciente a 28.8¢; una marca tope del 1,118%. Más o menos por ese tiempo, las ganancias eran aún más astronómicas por una droga para la cual ni siquiera tuvieron que llevar a cabo investigaciones. Schering compró oestradiol, una hormona sexual, de la firma francesa Roussel y la vendió bajo el sello de Schering al precio más alto equivalente al 7,079% (22).

La droga penbritin, uno de los antibióticos de penicilina semi-sintéticos, con la cual Beecham ha hecho su reputación farmacéutica, en 1973 había sido reducida en precio once veces desde su introducción en 1961, por un total de 79% (23). Aún así, de acuerdo a cálculos, la droga fue vendida al menudeo en Bretaña a más de tres veces el costo de la compra en volumen del ingrediente activo, en los países sin protección de patentes, como Italia y Finlandia (precio de mercado libre) (24). Sin duda alguna Beecham se quejaría de que el alto precio era justificado por la complejidad del proceso de fermentación para la producción de Penbritin. Pero el hecho es que otros lo pueden producir ahora más barato y que las penicilinas semi-sintéticas están entre los hiladores de dinero más grandes. Comparada con otras drogas, la venta tope de Penbritin parece modesta. En 1973 se calculó que Inderal, un producto ICI usado en el tratamiento de enfermedades del corazón, fue vendido 60 veces más caro que el

(19) S. Lall, La industria farmacéutica internacional y países menos desarrollados, especialmente India, *Boletín de Oxford de Economía y Estadística*, 36, pp. 143-172, 1974.

(20) Informe Especial y Reportes 1 y 2 del Comité de Contabilidad Pública Sesión 1959-1960, p. 218 HMSO, 1960.

(21) El Informe Sainsbury, op. cit., p. 48.

(22) Silverman y Lee, op. cit., p. 48.

(23) David Warburton, *Productos Farmacéuticos: para el pueblo*, El Sindicato General y de Trabajadores Municipales, 1973.

(24) La Noticia de Negocios del Times del Sábado, Son así de caras todas las Drogas?, 27.5.73.

precio de mercado libre, e Intal, producto anti-asmático de Fisons, fue vendido al menudeo a 65 veces el precio del mercado libre (24).

Si los precios son altos en el mundo desarrollado, cuando nos ponemos a considerar el Tercer Mundo, estos son, como lo dijo un síndico, "casi criminales" (25). Este punto de vista recientemente fue respaldado por un informe confidencial de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra (26). Ya que, si Bretaña paga a las firmas americanas \$ 2.40 por kilo de vitamina C. India tendrá que pagar casi \$ 10 por kilo (25). Los antibióticos de tetraciclina, que cuestan \$ 24-30 en Europa, se están vendiendo a India, Paquistán y Colombia entre \$ 100 y \$ 270 (25,27). Una de las penicilinas semi-sintéticas más populares, la Policilina de Bristol, ha sido vendida por \$ 41.85 las cien tabletas en Brasil, cuando el mismo producto costaba únicamente \$ 21.84 en los Estados Unidos (27). A pesar de ser los precios de las firmas americanas los que han sido escudriñados más intensamente por las audiencias del Comité del Senado, está claro que algunas multinacionales de drogas europeas operan igualmente políticas explotativas en la ausencia de maquinaria para control de precios efectiva en la mayoría de países en vías de desarrollo. Un hecho particularmente disturbador de fijación de precios en el Tercer Mundo es que el costo de las drogas bien establecidas, cuyas patentes salieron hace años continúa creciendo, mientras que en los países desarrollados típicamente decae (28).

Transfiriendo precios

Bastante de la fijación de precios que se lleva a cabo excesivamente, tanto en los países del Tercer

Mundo, como en los desarrollados, es el resultado de la transferencia de precios. Este es el misterio del caso Británico contra Roche, quien con sus tranquilizantes Librium y Valium, sacó una venta neta de 24 millones de libras esterlinas en Bretaña únicamente en el período 1966-72 (29). El argumento es que la firma ha disfrazado las verdaderas ganancias provenientes de Librium y del Valium, vendiendo los ingredientes de la droga a una subsidiaria a un precio altamente inflado que no tiene relación con los costos reales. La subsidiaria después vende la droga a un precio relacionado con el costo de compra de ingredientes de la compañía de la patente. Así las ganancias declaradas por la subsidiaria son artificialmente reducidas y las verdaderas ganancias transferidas a la compañía patentadora en el caso de Roche, sepultadas en cuentas inaccesibles.

En 1970, los productos Roche (UK) compraban los ingredientes para Librium y Valium a 370 y 922 libras esterlinas por kilo respectivamente, de la patente en Suiza, pero los mismos ingredientes podían ser comprados a 9 y 20 libras esterlinas por kilo en Italia, donde, Roche lo admitió, los costos de producción casi no tenían diferencia. La Comisión de Monopolios calculó que las ganancias reales para la compañía sobre las ventas de Librium y Valium eran del 55% y 60% respectivamente, implicando una ganancia sobre capital invertido de más de un 70% (29).

Mientras tanto, al otro lado del mundo en Colombia, los economistas del gobierno se encontraban confundidos de por qué las compañías multinacionales operando en Colombia estarían reportando ventas tan bajas, pero que al mismo tiempo deseaban vehementemente ampliar sus operaciones. Un grupo conducido por Constantino Vaitos se formó para examinar estas anomalías. Descubrió que la fijación de precios excesiva de ingredientes intermedios importados por subsidiarias con dueños extranjeros en el sector farmacéutico era de 155%; que la tasa de ganancias obtenidas por las compañías de drogas extranjeras no se encontraba alrededor del 6%, como habían venido declarando al Gobierno Colombiano, sino que estaba arriba de 79%; y los dos casos peores de precios excesivos fueron diazepam (Valium) y clorodiazapóxido (Librium). El informe colombiano sostuvo que el precio excesivo de

(25) David Warburton, El Oficial Industrial Nacional de la GMWU, citó en el Guardián, "Precios de Drogas casi criminales para los países retrasados", 6.9.73.

(26) El Guardián, Compañías de Drogas bajo el fuego, 20.5.75.

(27) Silverman y Lee, op. cit., pp. 179-180.

(28) En India, un estudio de 8 drogas bien establecidas demostró que sus precios han subido en un 42% entre 1961 y 1970. B.V. Rangarao, Tecnología Extranjera en la Industria Farmacéutica India. El Papel X en el Seminario Internacional de Transferencia de Tecnología, Nueva Delhi, 11-13.12.72.

(29) Informe de la Comisión de Monopolios, op. cit., pp. 45-47.

Valium era de 6,155% y del Librium de 6,478% (30). Y la maravilla es que en el apogeo de su vida de patente, las ganancias de estas dos drogas, en todo el mundo, llegaron a los US\$ 2,000 millones (31).

Es probable que el carácter multinacional de la industria de las drogas le haya permitido al área de transferencia de precios evadir con éxito, la mayoría de intentos del gobierno de controlar precios y ganancias: la alta transferencia de precios puede ser usada para extraer ganancias de las subsidiarias en los países con impuestos altos, mientras que la baja transferencia de precios puede ser usada para mover ganancias hacia una subsidiaria en un asilo de impuestos (32). Como comentara un testigo en las audiencias de Kefauver, "El descubrimiento reciente más importante en la investigación de la industria de drogas fue Puerto Rico" (33), donde un número de firmas americanas han establecido hoy en día, sus operaciones libres de impuestos. La transferencia de precios también es usada para evadir leyes de anti-monopolios. En teoría estas leyes previenen monopolios por medio de estrategias de compartimiento de mercado. Una multinacional, sin embargo, puede cargar a otra compañía tales precios tan altos de transferencia para los ingredientes de las drogas, de manera que los productos terminados son demasiado caros para competir con el producto patentado. En una industria donde las cuentas pertenecientes a drogas individuales son casi imposibles de descifrar (34) y donde, en multinacionales como un todo, un total de 1.5 millones de productos en Europa únicamente están involucrados en la transferencia de precios, (32) es improbable que gobiernos individuales tengan los recursos para investigar y prevenir este tipo de manipulación de precios.

De todos modos, las ganancias de la industria de drogas han sido notables, no simplemente porque exceden todas las demás de las otras manufactureras, sino debido al margen que sobrepasa en la liga de las ganancias. En esta sección hemos visto la fijación de precios excesiva, facilitada por el uso de la técnica de la transferencia de precios y cómo ha inflado grandemente las ganancias a ser percibidas por el mercado de las drogas. En la próxima sección veremos los costos de investigación de desarrollo de nuevas drogas, los que, según tal industria, justifican estas altas ganancias.

INVESTIGACION Y DESARROLLO

Los Costos

Las compañías de drogas siempre están atentas a alegar que la única lucratividad tan alta de la industria farmacéutica se ve compensada por los costos de investigación y desarrollo, los que según ellos son inigualablemente altos y envuelven muchos riesgos. Citan el hecho de que la investigación en las firmas británicas se triplicó de 13 millones de libras esterlinas en 1967 a 39 millones de libras esterlinas en 1972 (35), que la industria americana invirtió 728 millones de dólares en investigación de 1972; (36) que Hoffman La Roche ahora coloca en exceso de 38 millones de libras esterlinas para la investigación (37).

No hay duda que la investigación fundamental necesaria para una verdadera innovación, la prueba de seguridad de nuevas drogas y el desarrollo de formulaciones adecuadas para el mercado es un negocio costoso. Lo que no muestran las cifras anteriores es que la expansión en ventas y ganancias ha más que mantenido el paso con la expansión real de investigación, al igual que cualquier investigación aparente debido a la inflación de los costos. Tales cifras,

(30) C.V. Vaitsos, revisión de las patentes: su función en los países en vías de desarrollo, en C. Cooper (ed.), Ciencia, Tecnología y Desarrollo, Frank Cass, 1973.

(31) C. Levinson, La Industria Farmacéutica Multinacional, I. C. F., 1973.

(32) El grupo de estudio de UN que aparece en El Guardián, El juego que las Multinacionales juegan, 7.1.75.

(33) Haskell J. Weinstein en declaración al Senado de US, Precios Administrados, 18, p. 10, 254, 1960.

(34) La investigación de la Comisión de Monopolios sobre Librium y Valium de Roche tomó 18 meses para ser completadas.

(35) Estudios de la Asociación de Industrias Farmacéuticas Británicas, citadas en el Times del Domingo, Cura de Amputación para un Dolor de Cabeza de Investigación, 8.6.75.

(36) Silverman y Lee, op. cit., p. 32.

(37) El Guardián, El gigante de las drogas era demasiado voraz, 13.4.75.

frecuentemente impresionables cuando son cotizadas aisladamente, también fallan al demostrar qué proporción del ingreso de las ventas se gasta en investigación compite con los gastos en otras áreas. En promedio, los gastos de investigación y de desarrollo ocupan únicamente el 10% de los ingresos, (38,39) mientras que la publicidad y —promoción se llevan más del 20% (40,41). También ayudan a disfrazar el hecho de que la participación de la industria de financiar investigación médica está ahora bajando en relación a la llevada por el gobierno; mientras que en 1961-62 la industria pagó el 30.5% de toda la investigación médica, en 1972-3 cayó al 26.5% (42).

Aún el término "investigación" puede ser engañoso. No solamente incluye investigación fundamental, investigación de desarrollo (pruebas tóxicas e investigación de formulaciones y métodos de formulaciones en masa) y la investigación terapéutica (pruebas clínicas hechas al hombre), pero también incluye tales factores como colores más atractivos, sabores y envases para las drogas, gastos para que los empleados asistan a conferencias en el país y fuera de él, y también investigación de mercadeo general para mejorar las ventas y la compra de patentes internacionales cuyo propósito es meramente extender la posición de monopolio de la firma fuera del país (43).

Una industria de "altos riesgos"?

¿Cuáles son los riesgos de los que mente estamos oyendo hablar? A primera vista el costo de desarrollo de drogas individuales en relación a los posibles riesgos parece demasiado alto. Por ejemplo, en el campo de la contracepción, tan extensivos son los requerimientos para la evaluación de seguridad que se ha estimado que el costo de desarrollo de un nuevo tipo de píldora sería el equi-

valente a 10 millones de libras esterlinas (44). Sin embargo, en promedio, el costo de desarrollar una droga es considerablemente menos que eso, alrededor de 5 ó 6 millones de libras. Parte de estos costos es incurrida en las primeras etapas; la industria estima que solamente 1 de 5000 productos químicos sintetizados en los laboratorios industriales llega al mercado. Algunos de estos 5000 son llevados en parte a través de pruebas y procesos de desarrollo antes de ser descartados, pero muchos son rechazados muy temprano por falta de alguna actividad farmacológica. Muy pocos son innovaciones mayores, estimados en un número entre 4 y 7 al año de toda la industria (45,48). La mayoría de estas drogas potenciales son simplemente variaciones menores moleculares "gemelas" de drogas que ya existen, que no requieren mayor investigación y desarrollo en técnicas de sintetización química o procedimientos protectores subsiguientes. Pocas incurrirán vastas sumas de gastos sin eventualmente ser lanzadas al mercado. Una vez que una droga haya progresado cierta distancia a lo largo del proceso de investigación existe poco riesgo, otro que no sea la aparición de efectos secundarios severos, de parar su marcha inexorable en el mercado. La ardua promoción cubrirá cualquier deficiencia. Como un director de investigación de una compañía de drogas antigua comentara, "El problema es el hecho de que lanzan al mercado muchos de sus errores" (49).

(38) El Informe Sainsbury, op. cit., p. 55.

(39) El Times, op. cit., 2.4.74.

(40) Silverman y Lee, op. cit., pp. 29, 55.

(41) El Guardián, op. cit., 30.5.73.

(42) El Periódico Médico Británico, Pagando por una Investigación, 2, p. 685, 1974.

(43) S. Lall, op. cit., p. 160.

(44) G.A. Christie, Factores de limitación en el desarrollo de nuevos métodos de contracepción, en Nuevos conceptos en la contracepción, M. Potts & C. Wood (eds.), pp. 143-174, MTP, 1972.

(45) H.F. Dowling, Medicina para el hombre, pp. 97-99, Nueva York, 1970.

(46) Louis Lasagna, comentario en M. Cooper, Economía en la innovación de las drogas, p. 163, 1972.

(47) P. de Haen, Desfile de nuevos productos, 1971, Revisión Anual de Drogas, New York, 1972.

(48) H.E. Simmons, declaración en el Senado de US, Problemas de Competencia en la industria de las Drogas, 23, p. 9559, 1973.

(49) A. Dale Console, declaración en el Senado de US, Problemas de Competencia de la Industria de las Drogas, 5, p. 1816, 1968.

Drogas Inútiles

La industria ciertamente parece tener muy pocos escrúpulos en lo que se refiere a lanzar al mercado sus drogas menos eficaces. En 1965, un panel de expertos evaluando la efectividad terapéutica de 2,241 de los 3000 productos entonces disponibles, juzgaron que un 35% de los mismos eran inefectivos, en combinaciones obsoletas e irracionales (50). Pocos de los productos inefectivos fueron sacados fuera del mercado y más recientemente la industria farmacéutica misma estimó que el Servicio Nacional de Salud paga 15 millones de libras esterlinas al año por drogas inútiles (51). En 1971, una investigación similar de 2000 productos por un panel de la Administración Americana de Alimentos y Drogas, encontraron el 60% sin evidencia de respuesta terapéutica (52). Algunos de ellos fueron sacados del mercado de los Estados Unidos, pero la mayoría encontraron mercados ya listos en cualquier otra parte, en los países del Tercer Mundo, donde las regulaciones de toxicidad y eficacia de las drogas son rudimentarias o en todo caso no existen. En India, por ejemplo, una de las drogas de sulfonamida, sulfapiridina, virtualmente obsoleta en el Occidente, no solamente todavía se vende, sino que es la droga más cara de su clase (53). La droga iodado de ditiazanina, activa contra ciertos tipos de lombrices fue voluntariamente rechazada del mercado por una de las manufactureras de USA, Eli Lilly, por los inconvenientes derivados de su uso. Pfizer, sin embargo, continuó lanzando la droga al mercado en áreas que no estaban bajo el control de la Administración Americana de Alimentos y Drogas y en 1973 todavía se podía comprar en Panamá con indicaciones describiendo la droga como "un avance significativo en el tratamiento de las causas más comunes de parásitos", sin ninguna restricción de su uso por peligro contra la salud y vida (54). De acuerdo a Pfizer las instruccio-

nes han sido cambiadas, recomendando su uso únicamente para un tipo de enfermedad.

Investigación de Seguridad

Casi sin excepciones, las compañías de drogas recuperan los costos de investigación colocando el dinero en investigaciones de "seguridad" en primer lugar. Hoffmann-La Roche por ejemplo, puso el 20% de sus ingresos para la investigación de Librium y Valium; (55) el informe Sainsbury comentó al respecto:

"La evidencia que se nos proporcionó sugiere que las firmas que han llevado a cabo un programa de investigación cubriendo un número sustancial de personal, han emergido con regularidad constante con productos que han permanecido dominantes en su campo de terapia por un tiempo considerable. Existe una asociación estable entre los gastos de investigación y el lanzamiento de nuevos productos. De hecho, si la asociación entre la investigación y los nuevos productos no fuera razonablemente firme, se esperarían mucho más fluctuaciones en las ganancias de las firmas principales de las que han ocurrido" (56).

Áreas de Investigación con Riesgos Reales

Está claro que la industria no invierte en lo que parece ser áreas de alto riesgo genuinas. Casi no existe investigación de drogas para enfermedades raras, donde hay poco prospecto de altas ganancias.

El difunto Sir Ronald Edwards, primer presidente de Beecham, sugirió que el gobierno debería financiar tal investigación, (57) probablemente mientras que la industria continúa cosechando sus altas ganancias con más firmas comerciales.

(50) El Informe Sainsbury, op. cit., pp. 208-209.

(51) El Guardián, NHS, recibo por "drogas inútiles", 15.5.75.

(52) Estudio a favor de la FDA por la Academia Nacional de Ciencias y el Consejo Nacional de Investigación, 1967-69, FDA, 1971.

(53) B.V. Rangarao, op. cit., p. 10-19.

(54) R.J. Ledoger, Hambre por dinero: las multinacionales en alimentos y drogas en América Latina y el Caribe, Ido de Norteamérica, 1975.

(55) El Times, op. cit., 2.4.74.

(56) El Informe Sainsbury, op. cit., p. 40.

(57) El Guardián, Urge ayuda para la investigación de las drogas.

La industria se descuida igualmente en la investigación de enfermedades tropicales, muchas de las cuales están muy esparcidas a través de los países en desarrollo y que se prestarían a la cooperación internacional de investigación. La industria farmacéutica multinacional, con su investigación altamente desarrollada y facilidades de producción esparcidas a lo largo del mundo, está idealmente destinada a abordar tales problemas pero no lo hace así, porque, a pesar de que las ventas potenciales parecen enormes a primera vista, muy pocos países en desarrollo tienen la clase de dinero que las compañías de drogas desearían que ellos pagasen. La industria farmacéutica no es la única en ser descuida en cuanto a los problemas de salud del Tercer Mundo; únicamente el 1% de todo el dinero gastado por la industria, gobiernos y caridades en investigación médica se dedica a los mayores problemas de enfermedades en los países en vías de desarrollo (58).

Tecnología para el Tercer Mundo?

En especiales circunstancias, cuando la investigación y desarrollo se llevan a cabo en el Tercer Mundo bajo el amparo de las compañías de drogas multinacionales, estos únicamente tienen repercusiones negativas para el país en cuestión. Cuando una compañía subsidiaria local lleva a cabo una investigación, los resultados normalmente son enviados a la organización y convertidos en un logro tecnológico que puede ser reimportado al país de origen a un alto costo. Al mismo tiempo y bajo el mismo proceso, los científicos locales son desviados de la investigación que podría traer beneficio directo a su propia gente (59).

Debido a que la industria farmacéutica no está solamente dirigida a las necesidades, sino también a los recursos petro-químicos del mundo industrializado, no se lleva a cabo una investigación de los recursos alternativos posibles para las farmacéuticas dentro de los países del Tercer Mundo. La utilización de los productos derivados de la agricultura para la producción de manufactura farmacéutica ha sido solicitada para Tanzania y un grupo de expertos

Chinos han identificado alrededor de 500 especies de plantas que crecen en Tanzania, de las cuales se usan extractos en la práctica médica china actual (60). No solamente la industria farmacéutica occidental no investiga estas posibilidades, sino que activamente las desaprueba, prefiriendo por razones propias (vea Transfiriendo precios Pág. 7) vender ingredientes intermedios a compañías subsidiarias. De los 35 contratos de industrias químicas y farmacéuticas en Colombia, solamente dos explícitamente permitieron el uso de materiales básicos (materia Prima) escogidos por la compañía subsidiaria (61).

Pruebas Clínicas

"Contamos con algunas mujeres que han tomado la píldora por 8 años y no logramos que la dejen —ni siquiera para tomar parte en nuestro estudio de la inyección que se toma una vez al mes." Dr. Edris Rice-Wray hablando de mujeres que tomaron parte en las primeras pruebas de la píldora en Puerto Rico y México (62).

Las pruebas clínicas son un paso esencial en el desarrollo de una nueva droga. Problemas étnicos difíciles surgen en tales pruebas aún con el uso de voluntarios genuinos que son completamente instruidos. La industria de las drogas sin embargo, llama a la crítica con la explotación de los sectores de la población vulnerables, pobres y sin educación.

En los Estados Unidos, la mayoría de las pruebas de drogas preliminares se llevan a cabo con prisioneros, (63) una práctica casi universalmente condenada, porque los privilegios que ganan los prisioneros actúan como una inducción indebida a partici-

(58) El Lancet, Inmonología y los países en vías de desarrollo, ii, p. 633, 1974.

(59) B.V. Rangarao, op. cit., pp. 14-15.

(60) Carol Baker, Producción farmacéutica en un país menos desarrollado, Instituto de Estudios de Desarrollo, Universidad de Sussex, diciembre 1975.

(61) C.V. Vaitsos, Transferencia de recursos y preservación de las rentas por monopolios, Servicio de Asesoramiento de Desarrollo de Harvard, 1970.

(62) Paul Vaughan, La píldora a prueba, p. 79, Pingüino, 1972.

(63) Naturaleza, La ética detrás de las rejas, 242, p. 153, 1973.

par. Los prisioneros son particularmente vulnerables en otra forma, debido a que no les es posible ejercer derechos legales y no pueden demandar a una compañía de drogas por daños. Las compañías sin embargo, están poco dispuestas a dejar estas pruebas, ya que los prisioneros están dispuestos a ganar únicamente una décima de lo que se paga usualmente por participar en una prueba (63).

Otra categoría de "voluntario" utilizado es el que está mentalmente perturbado. Mientras que explosiones recientes en las columnas de "The Times" han pedido que se suspenda la medicación a pacientes mentalmente muy enfermos, para poder comparar su progreso con otros que reciben drogas psicotrópicas, tales pacientes también ya han sido utilizados para pruebas de drogas que posiblemente no son de ningún beneficio para ellos. Por ejemplo, en los últimos años de los cincuenta las primeras pruebas de la píldora contraceptiva fueron llevadas a cabo en hombres y mujeres mentalmente enfermos en Worcester, USA, bajo la dirección del doctor Gregory Pincus y del Dr. John Rock (64).

La historia del desarrollo de contraceptivos orales da muchas interrogantes sobre su uso por las mujeres del Tercer Mundo. Los doctores Pincus y Rock buscaban un lugar adecuado para pruebas más extensivas en el campo de la píldora. Las mujeres americanas estaban descartadas (costarían demasiado y podrían demandarlos si cualquier cosa saliera mal), pero aún más importante, ellos querían probar su nueva píldora en mujeres que fueran "incultas y analfabetas"; después de todo debería adaptarse a las mujeres de los países en vías de desarrollo donde la situación estaba en "lo peor" (65). Puerto Rico, densamente poblado, cabalmente en la puerta de América, se ajustaba perfectamente, y en 1956 la primera prueba comenzó. La dosis usada era "un disparo en la oscuridad". Muchas de las mujeres desistieron debido a los efectos secundarios y con mucha dificultad recopilaron los registros de 221 mujeres que habían tomado la píldora por 9 meses. Subsiguientemente las mujeres de Puerto Rico fueron usadas como conejillos de India para descubrir la menor dosis efectiva.

Mientras que la mayoría de las mujeres involucradas en las pruebas originales expresaron su intención de participar, otro grupo de mujeres de Puerto Rico se mantuvieron ignorantes de la naturaleza de su participación en otro estudio. Para poder estudiar si los efectos de la píldora eran fisiológicos o psicológicos, a las mujeres que usaban formas convencionales de contracepción se les daba una píldora ficticia hecha de lactosa, pero se les decía que era la píldora contraceptiva. En 1969 un estudio placebo aún más extenso se llevó a cabo en 1,700 mujeres mexicanas que también pensaban estar tomando la píldora. Tales pruebas todavía continuaron hasta 1972, en que mujeres México-americanas que asistían a una clínica de planeamiento familiar recibían píldoras ficticias: diez de ellas inmediatamente quedaron embarazadas (66).

Las pruebas clínicas en nuevos tipos de contraceptivos, notablemente las hormonas inyectables, tienen historias similares. Uno de los inyectables más populares, el acetato de medroxi-progesterona (Depo-Provera), se usa extensamente en el Tercer Mundo a pesar del hecho de que la Administración Americana de Alimentos y Drogas le ha retirado la licencia como contraceptivo en América, por las sospechas de que pudiera causar cáncer cervical (67). El productor de USA, Upjohn, continúa exportando vastas cantidades, si bien bajo "status de prueba clínica". Su distribución a más de 1 millón de mujeres en 70 países diferentes tal vez está extendiendo el concepto de pruebas clínicas. Es difícil creer cómo tan extensivo uso de una droga sobre la cual existen suficientes dudas de seguridad para prohibir su uso por las mujeres americanas, pueda ser no solamente apoyado, sino activamente alentado por tales cuerpos como la Federación Internacional de Paternidad Planificada, el WHO y el Fondo para las Naciones Unidas para Actividades Populares (68). A través de la historia de las pruebas contraceptivas, son las mujeres del Tercer Mundo las

(64) Paul Vaughan, op. cit., pp. 39-40.

(65) Paul Vaughan, op. cit., p. 41.

(66) Naturaleza, los experimentos humanos y la ética médica, 242, p. 152, 1973.

(67) Informes de población, inyecciones e injertos, Seire K, N° 1, pp. 9-10, Universidad de George Washington, marzo 1975.

(68) Noticias de la IPPF, 6/75.

que han sido utilizadas para determinar si los contraceptivos son seguros y efectivos para las mujeres del mundo desarrollado.

De la consideración anterior de los costos y de la naturaleza de la investigación y desarrollo, un número de puntos emergen. Primero, está claro que los costos de investigación y desarrollo, relativos al ingreso de ventas subsiguientes, no están estropeando la industria: ésta todavía se las arregla para hacer dos veces más dinero de lo que gasta en investigación y desarrollo, para propósitos de publicidad y promoción. Segundo, los riesgos de la investigación de drogas, a pesar de ser más grandes que los de otras industrias innovadoras, son exagerados por la industria y las áreas de verdadero riesgo se omiten. Los tipos de drogas producidas por la industria se determinan, más por consideraciones de ganancias sobre inversión, que por las necesidades reales de salud de los países desarrollados o del Tercer Mundo. Tercero, en el interés de los costos, la industria ha ignorado día tras día las pautas recomendadas para llevar a cabo las pruebas clínicas, tales como las establecidas en la Declaración de Helsinki en 1964 (69) y en varios reportes del WHO (70). En las próximas secciones examinaremos el papel crucial del sistema de patentes en la industria de las drogas y los efectos persuasivos de publicidad y promoción.

PATENTES

La intención original del sistema de patentes era asegurar remuneración para el inventor, a cambio del tiempo, energías físicas e intelectuales y costos invertidos en el desarrollo de la idea. Las drogas sin embargo, son patentadas no por individuos sino por compañías, dando a los manufactureros de nuevas drogas, los derechos exclusivos sobre la producción y por esto el derecho de fijar su precio.

Resistencia hacia Licencias Obligatorias

En Bretaña, la única amenaza al enorme éxito financiero de una droga patentada es la provisión bajo la sección 41 del Acta de Patentes (1949), dónde el Control de Patentes tiene el derecho de extender a cualquier solicitante interesado una licencia obligatoria por la producción de una droga, si considera que el monopolio de patentes ha sido violado. No hay duda que en el pasado, esta provisión operaba para el beneficio del público, permitiendo aún así más que una remuneración adecuada al patentador original (71). Pero esta cláusula se usa poco: en el período 1950-1958, solamente 9 de estas licencias fueron extendidas (72). La industria entera casi está totalmente opuesta a las licencias obligatorias y demuestra rechazo para solicitarlas. Y aún más, los procedimientos consumen tiempo y son ineficientes, y si son impugnados por el patentador, una decisión puede tomar años.

Y el primer ataque al sistema de patentes y de licencias obligatorias surgió de las audiencias de Kefauver en América. En 1963, Kefauver presentó al Senado una ley que proponía alteraciones drásticas al sistema de patentes y cambios en las cláusulas de licencias obligatorias. También recomendaba modificaciones en la forma en que los médicos eran informados sobre nuevas drogas, y establecía nuevas regulaciones cubriendo eficacia, inspección y control de calidad de los nuevos productos. Estas proposiciones se basaban en la evidencia que ha sido constantemente reafirmada por investigaciones en otras partes del mundo. La industria de drogas americanas, a través del cuerpo nacional, La Asociación de Productores Farmacéuticos, recibió las sugerencias de Kefauver, con la declaración que "pelearía a muerte" contra esas cláusulas respecto a las patentes, licencias obligatorias y publicidad (73). Con el

(69) Crónica del WHO, 19, p. 31, 1965.

(70) El WHO, Pautas para la evaluación del uso de las drogas en el Hombre, Serie de Informes Técnicos, N° 563, Génova, 1975 (también se refiere a reportes principales anteriores).

(71) La tetraciclina antibiótica, efectiva contra una gran variedad de bacterias, fue descubierta y patentizada por Pfizer en 1955. Fue vendida a la NHS por 65 libras esterlinas por 1,000 tabletas; el costo real en términos de materia prima, investigación y producción era de 5 libras esterlinas por 1,000 tabletas. Licencias obligatorias se otorgaron a otras compañías quienes lanzaron al mercado la droga a precios más bajos, ahorrando así a la NHS 1 millón de libras esterlinas al año.

(72) Periódico Médico Británico, op. cit., 2, p. 510, 1975.

(73) Crónicas de Legislación, La verdadera voz, Parte III, el New Yorkino, p. 50, 28.3.74.

peso completo de la industria americana traído al Senado mutilaron con éxito la ley, suprimiendo las cláusulas de patente y de licencia obligatoria, la mera parte de la legislación que Kefauver consideró crucial para la reducción de los costos de drogas y de las ganancias de las compañías de drogas.

La vida de la patente se extiende

También en Bretaña la industria no solamente se resistió con éxito a la reducción a la vida de la patente recomendada por el Comité de Sainsbury, sino que también ha ganado una victoria mayor con la aceptación del gobierno de la recomendación del Comité de Bancos de extender la vida de la patente de una droga de los 16 años que actualmente tiene a 20, de acuerdo a la mayoría de los otros países europeos (74).

La victoria de la industria se ha logrado enfrente a la evidencia de las audiencias de Kefauver, que demostraron que nuevas drogas descubiertas en países sin ninguna protección de patente, excedieron en números a las de los países con leyes de patente por más de 10 a 1; que las leyes de patente solamente alimentaban la investigación sobre drogas "gemelas" (modificaciones menores de drogas patentadas existentes), más que una actividad realmente innovadora; y que el precio de las drogas patentizadas oscilan entre 18-225% arriba del de productos idénticos vendidos en países sin leyes de patente (75).

Toma un promedio de 8-10 años entre el tiempo en que un nuevo compuesto se patentiza por primera vez y su eventual aparición en el mercado. Los costos de investigación, desarrollo y mercadeo son invariablemente recuperados dentro de 3 años (76). Después de esto, es pura ganancia para los accionistas, lo que da alguna indicación del porqué las industrias de drogas desean preservar y extender la vida de patente de las drogas.

(74) El sistema británico de patentes, Cmnd. 4407, HMSO, 1970: reforma de la ley de patentes, Cmnd. 6000, HMSO, 1975.

(75) J. Robson, op. cit., p. 9.

(76) Silverman y Lee, op. cit., p. 35.

Peores Abusos en el Tercer Mundo

En los países del Tercer Mundo, el derecho de patente de la industria farmacéutica tiene aún más serias implicaciones, como lo han demostrado los estudios de Vaitos (77). En las naciones en vías de desarrollo, generalmente el 90% o más de las patentes de drogas son propiedad de firmas extranjeras y la tendencia hacia la tenencia extranjera es cada día mayor. En Chile, por ejemplo, el 98.4% de las patentes de químicos y de drogas son de propiedad extranjeras. Estas patentes se concentran en las manos de muy pocos; en Colombia, en 1970, el 60% de las patentes de drogas se concentraban en sólo el 10% de todos los propietarios de patentes extranjeros. En efecto, esta es una práctica despiadada del poder de monopolio de algunas compañías farmacéuticas multinacionales. Ya que, una vez se haya registrado una patente, ni un competidor nacional ni un extranjero, pueden entrar en el mercado de producción que ésta cubre, *aún si no está siendo explotada por el dueño de la patente.*

El hecho es que las patentes de propiedad extranjera están casi inexploradas. En Colombia y en Perú, menos de un 1% de las drogas patentizadas se producen actualmente en esos países. La función de la patente es preservar mercados de importación para compañías extranjeras, sin necesitar inversión, y bloquear la competencia potencial de otros sustitutos cercanos.

Debido a que la mayoría de patentes son de propiedad extranjera, es derivativo que la mayor parte del mercado de drogas es controlado por compañías extranjeras. En Colombia, 32 de ellas controlan el 74% del mercado, dejando el 26% restante a ser peleado por 139 compañías de propiedad local: en Venezuela y en Brasil, dueños extranjeros tienen más del 90% del mercado (77). Y aún más, el sistema de patentes en el presente facilita el acaparamiento de las compañías locales por las multinacionales: una multinacional sin ninguna subsidiaria o base de mercado en un país en vías de desarrollo, dará licencia a una compañía local para usar una de sus drogas patentadas o sus patentes por un período fijo de tiempo, y una vez la droga esté establecida en el mercado, suspende la licencia y "persuade" a la compañía local a qué venda parte, o toda su existen-

(77) C.V. Vaitos, op. cit., 1973.

cia al que le ha dado la licencia. De esta forma la poca inversión extranjera que se lleva a cabo, se usa en gran parte para comprar compañías locales. En Colombia, el 41% de toda la inversión de USA en drogas, entre 1957 y 1969 tomó la forma de adquisición de compañías locales (77).

Ninguna transferencia de Tecnología

Mientras que en el mundo desarrollado el sistema de patentes puede ser, a través de acuerdos de cruce de licencias, un medio por el cual se transfieren tecnología y divulgación, no sirve en esta forma en el Tercer Mundo. Los países del Tercer Mundo tienen muy pocas patentes sin trato, y la baja tasa de explotación de las patentes son propiedad extranjera, efectivamente bloquean la transferencia de tecnología en relación a aquellas drogas y seriamente estorba las posibilidades de investigación doméstica. En los países Andinos, esto ha prevenido completamente la producción local de antibióticos vitales y dejó el abastecimiento a ser regulado por importadores extranjeros (77).

En general, la tecnología se transfiere únicamente a países en vías de desarrollo, cuando el no hacerlo significaría la pérdida de mercados de exportación. De esta forma, lejos de operar como medios de transferencia de tecnología, las patentes de drogas sirven nada más como permisos de importación restringidos; cuando las compañías locales reciben licencias de compañías extranjeras para producir drogas patentizadas, se les previene de exportar sus productos. Las compañías multinacionales han usado el sistema de patentes para retener la tecnología como una comodidad privada, muy costosa para los que desean usarla y de extremas ganancias para los que la retienen (78).

La función de las patentes en la industria de las drogas va más allá de la protección de las invenciones y la provisión de remuneración adecuada para el inventor: se han convertido en el factor crucial del mantenimiento de mercados de monopolio y

altos precios, y son un factor significativo que contribuye a la retardación del desarrollo de las industrias farmacéuticas indígenas en los países del Tercer Mundo. El sistema de patentes también asegura a los productores un período de libre competencia durante varios años en el cual podrán pasar el mensaje a los médicos y pacientes de que su nueva droga deberá ser la "primera en tomarse en cuenta". Las formas en que proceden se discutirán en la próxima sección.

PUBLICIDAD Y PROMOCION

Ya estamos familiarizados con los nombres de las nuevas drogas que siempre están a la mano para calmar nuestras cabezas, nervios, narices, pechos e intestinos. Cuando consideramos que el número de tales productos se estima en más de 100,000, formulados únicamente de 250 ingredientes activos, (79) comenzamos a entender el papel importante de la publicidad para persuadirnos cuál de estas curas de "pronta acción" y "rápido alivio" es la indicada para nosotros.

Lo que se conoce menos es que los hábitos de prescripción de los médicos también son determinados en gran parte por la publicidad, más que por la comprensión racional y científica. El practicante en general en Bretaña recibe un promedio de cien folletos de literatura al mes y regalos surtidos incluyendo diarios, agendas, etc. en los que las marcas de las medicinas resaltan a simple vista. Además reciben frecuentes visitas de los representantes de las compañías; se le exhibirá en los anuncios de los periódicos médicos gratis y se le ofrecerán suscripciones; será invitado a ver películas, a recepciones y a conferencias en su país y fuera del mismo, corriendo los gastos a cuenta de la compañía de drogas y recibirá muestras gratis de drogas que cuestan a la industria un promedio anual de 2 millones de libras esterlinas (80).

No hay duda de la efectividad de estos asaltos emocionales. Frecuentemente se puede decir que el

(78) Entradas a las compañías de US a través de derechos extranjeros y regalías por tecnología en 1974 ascendieron a un record de \$ 4 billones —las ganancias fueron mucho más altas de lo que pudo haber surgido de exportaciones equivalentes en volumen a esta cantidad de producción extranjera.

(79) Silverman y Lee, op. cit., p. 208.

(80) El Guardián, farmacomanía alimenticia, 13.5.75.

farmacéutico puede sacar en conclusión, de las prescripciones recibidas, de qué compañía han sido los representantes que han visitado el área y la industria admite que no gastaría tan altas sumas de dinero si éstas no se pagaran. En Bretaña, 33 millones de libras esterlinas al año se gastan en promover el valor de 250 millones de libras esterlinas en ventas; (81) en Alemania, 150 millones de libras por 1,273 millones de ventas; (82) y en los Estados Unidos 1,000 millones de dólares para 8,700 millones de dólares en ventas (83). En los Estados Unidos la industria de drogas está a la cabeza de las industrias que hacen publicidad, con la industria del jabón y el detergente como su único rival. Otros anunciantes de importancia (bebidas suaves, alcohol, comida, tabaco) están muy por debajo (84). Cuando tomamos en consideración que este gran gasto está dirigido a un sector numéricamente pequeño de la población, vemos la presión bajo la que se encuentran los médicos.

El Gobierno sucumbre ante la presión de la Industria

Contra esta presión los doctores tienen muy pocas armas. El único estudio independiente de la efectividad de las drogas en Bretaña, el Comité McGregor, fue deshecho por los conservadores en 1970 bajo la presión de la industria de las drogas (85). La farmacología clínica es una ciencia médica relativamente nueva y pocos hospitales escuelas tienen departamentos que se hagan cargo de investigación sobre esta área. Consecuentemente, los artículos en revistas científicas son pocos y los informes sobre pruebas clínicas que aparecen son frecuentemente de poca norma (86). La mayoría de los

cursos de pos-graduado y seminarios de drogas son establecidos por la industria. Al médico general se le da alguna opción pero basándose en las compañías de drogas para información. A pesar de la información del Comité de Sainsbury que la Comisión de Medicinas debiera asegurar que la información de las compañías es "imparcial, completa y tan exacta como posible", (87) la información dedicada a los médicos es inadecuada, parcial e ilusa. El nombre de la marca de la droga es prominente; los precios raramente se mencionan; la evidencia de la efectividad falta; (88) un tercio de todas las referencias en cuanto a las pruebas clínicas apoyando las necesidades del productor vienen de periódicos turbios establecidos enteramente por la industria, donde los manufactureros pagan para tener sus asuntos publicados; (89) raramente se da información sobre efectos secundarios, y en los países donde tal información es obligatoria, aparece en letras muy pequeñas (90).

Más Tácticas sin ética en el Tercer Mundo

El personal médico en los países del Tercer Mundo se encuentra bombardeado por anuncios y halagos en la misma forma que su competencia Occidental.

Las compañías de drogas también tienen aquí sus representantes, y si los mercados son pequeños, hay aún más ventaja de que en muchos países el reglamento que gobierna los anuncios, envases y etiquetas de las drogas son débiles.

El hecho de que muchas drogas, disponibles únicamente bajo prescripción en el Occidente, se pueden obtener debajo de agua en los países desarrollados, hacen que la rotulación y las advertencias sean lo más importante. Un estudio reciente de la situación en Latinoamérica mostró que las compañías frecuentemente minimizan riesgos y exageran derechos para sus drogas, en formas que no están

(81) Dr. David Owen, Ministro de Salud, citado en el Practicante General, 16.11.75.

(82) El Practicante General, La industria de Alemania Occidental acepta una reducción del 30%, 30.11.75.

(83) Silverman y Lee, op. cit., p. 327.

(84) Ibid., p. 340.

(85) El Guardián, encuesta sobre las drogas "Asfixiados por la Industria", 14.5.74.

(86) N.D.W. Lionel y A. Herxheimer, Informes aseverantes de pruebas terapéuticas, Periódico Médico Británico, 3, pp. 630-640, 1970.

(87) El Informe Sainsbury, op. cit., p. 2.

(88) FDA, estudio de 1967-69, op. cit.

(89) El Practicante General, Lectura entre las líneas de la referencia médica, 5.9.75.

(90) Gerry V. Stimson, Información contenida en anuncios sobre drogas, Periódico Médico Británico, 4, pp. 508-509, 1975.

permitidas en los Estados Unidos (91). Las drogas se recomiendan para una amplia variedad de condiciones de lo que permiten las advertencias y restricciones en los Estados Unidos y dichas limitaciones de uso y de reacciones adversas son incompletas o están enteramente ausentes. De acuerdo con un vocero de la compañía de drogas, "la documentación del producto algunas veces varía en países individuales para reflejar las necesidades locales, la economía, las condiciones de salud y las regulaciones gubernamentales" (92). Para algunas compañías, la ausencia de las regulaciones del gobierno de la inclusión de medidas de prevención significa que tales prevenciones se vuelven innecesarias, y tal vez, como Silverman y Lee comentaran, "en la creencia que sus productos son más seguros al sur de Río Grande" (93).

El uso injucioso de drogas puede dar como resultado enfermedad o muerte. Cloranfenicol, que causa una anemia aplásica frecuentemente fatal, y que debería ser reservado contra la tifoidea y la *haemophilus influenzae* (nombre en latín), todavía se promueve en algunos países para una variedad de condiciones, desde gonorrea hasta un simple catarro. Un estudio en 1971 demostró que muchas de las 55 marcas lanzadas al mercado no previnieron contra todas las condiciones en las que no podría ser usado, y, aún más importante, no previnieron contra los efectos secundarios potencialmente fatales (94). En muchos países en desarrollo, incluyendo Egipto, Turquía y Tailandia, la droga se puede comprar sin prescripción, y un panfleto en una marca traída debajo de agua a Grecia afirmaba que la droga estaba "libre de todos los efectos secundarios" (94). La incidencia de muerte por el cloranfenicol es solamente de 1 en 25,000, pero en una situación donde millones están tomando la droga sin ser supervisados, por indicaciones triviales, lleva a un número sustancial de muertes innecesarias.

Otra droga que puede causar muertes innecesarias es Raudixin (reserpina), originalmente introducida como un tranquilizante principal y aún utilizada para reducir la presión alta. La tendencia frecuente de esta droga a causar depresión severa, ocasionalmente resultando en suicidio, condujo al abandono de su uso como tranquilizante hace algunos años en el Occidente. Sin embargo, una hoja adentro obtenida en Brasil en 1974 aún prescribía la droga como "la medicina ideal para el tratamiento de disturbios emocionales" y "la droga de preferencia en la práctica diaria" (95). Un portavoz de la productora Squibb, dijo que las indicaciones habían sido escritas hace veinte años, pero que todavía estaban de acuerdo con los requisitos regulatorios vigentes en Brasil. Desde el Otoño pasado, las indicaciones todavía no han sido cambiadas. De nuevo vemos que lo único que importa a muchas compañías de drogas son las ventas, y no la salud y seguridad del consumidor.

Todavía queda por decir que los productos sin patente, que son efectivos, tales como la penicilina y la vacuna del polio, no necesitan de la publicidad para promover su uso tan extenso. Las buenas drogas siempre se venderán; las malas drogas también se venderán si son promovidas intensamente.

En este breve estudio de algunas de las actividades de las compañías multinacionales hemos tratado de demostrar que la crítica de la industria de las drogas ha venido en gran parte de investigaciones patrocinadas por el gobierno en varios países. Los hechos están para que todos lo veamos, y podemos así concluir que es el poder de las multinacionales el que, al parecer, obliga a los gobiernos a ignorar sus propios hallazgos. La característica más molesta de las operaciones de las compañías de drogas es que, donde ocurren prácticas indeseadas (desde el punto de vista del consumidor y no del accionista), es mayormente en los países del Tercer Mundo, donde la legislación prácticamente no existe, y no en el Occidente.

A continuación consideraremos si la forma actual de operaciones de la industria de las drogas mitiga en el presente contra la mejoría de la salud en el Occidente o en el Tercer Mundo.

(91) R.J. Ledoger, op. cit.

(92) Declaración de un vocero de la Bristol Myers, citado en el New York Times, 18.8.75.

(93) Silverman y Lee, op. cit., p. 61.

(94) Cloroanfenicol, Instituto de Investigación para Asuntos del Consumidor, Londres, 1971.

(95) R.J. Ledoger, op. cit.

PARTE II

LA PREVENCIÓN ES MEJOR QUE LA CURA

"La mente del hombre ha quitado la válvula de la jarrilla de la medicina. El genio químico antes prisionero se encuentra ahora ante nosotros; es un espíritu que realiza milagros, pero que también hace estragos para mejorar la vida o para destruirla. Todavía no podemos entender que somos lo suficientemente sabios para controlar este genio adecuadamente. Y está bien claro que no queremos que regrese a la jarrilla" (1)

Para poder entender por qué este "genio químico" se ha convertido en parte tan importante para la vida de cada día, es necesario considerar la relación entre las compañías farmacéuticas, y el sistema de cuidado médico, que ambos elaboran y forman, y la extensa sociedad en que operan. La medicina moderna está basada en la creencia en que el cuerpo humano es una máquina, y que el mal funcionamiento de sus partes separadas por medios quirúrgicos, químicos u otros, puede ser curado. De esta manera la enfermedad se vuelve un problema individual que puede ser resuelto para el paciente particular si él coopera con el sistema de curación médico. Las soluciones más comunes ofrecidas a las pacientes por este sistema para el mantenimiento o restauración de su salud, son unas de las comodidades ofrecidas por las compañías de drogas.

En este alcance de "ingeniería" a la medicina, basado en el concepto del cuerpo-como-máquina, (2) se ha logrado su frecuente crédito con la mejora de la salud de la población en general a lo largo de los 150 años pasados. Es necesario, sin embargo, examinar más detenidamente la validez de esta creencia. De que ha habido una mejora dramática no hay duda. En 1848 la tasa de mortalidad infantil en

Bretaña era de 36.5 por 1000 nacimientos; (3) en 1970 fue de 1.1 por 1000 (4). La duración promedio de vida en 1841 era de 40 años; (5) ahora, en los países desarrollados es de 70 años (6).

Factores ambientales en los países industrializados

Lo que no se toma en cuenta es que la tasa de muerte en general y la mortalidad infantil en particular, comenzaron a disminuir mucho antes de que la medicina diera una terapia efectiva. Durante el siglo diecinueve no fue la medicina curativa la que trajo estas mejoras dramáticas a la salud, sino el establecimiento de medidas de salud públicas, en el contexto del mejoramiento general en el standard de vida. Fueron la provisión de facilidades de agua potable y el abastecimiento de drenajes los que trajeron una baja en la mortalidad por infecciones intestinales; las condiciones de vivienda más ventiladas condujeron a la disminución de enfermedades contraídas en el ambiente (sarampión, tos ferina, difteria, etc.); mejor nutrición, lo que redujo la incidencia y severidad de gran número de otras enfermedades (notablemente en los casos de tuberculosis). Es a partir del segundo trimestre de este siglo que la vacunación y el tratamiento de la enfermedad han jugado un papel importante (7). En los 30 años próximos pasados la rápida expansión del desarrollo de las drogas ha aumentado el énfasis del tratamiento químico individual a costa de la preocupación por las causas ambientales de enfermedades.

Al mismo tiempo, cada vez está más claro que a pesar de que los siglos XIX y XX han sido testigos de una reducción o eliminación de muchas enfermedades que amenazaban la vida, otro gran número de enfermedades —las enfermedades de afluencia— están reemplazando a las del pasado.

(1) Dr. Louis Lasagna, citado en Talidomida y el poder de las compañías de drogas, por H. Sjostrom y R. Nilsson, p. 281, Pingüino, 1972.

(2) Thomas McKeown. Una apreciación histórica de la tarea médica, en Historia y cuidados médicos, eds. McLachlan y McKeon, OUP, 1971.

(3) Economía Oficial y de Salud, Cuidado médico en los países en vías de desarrollo, p. 3, 1972.

(4) Ibid.

(5) E. Chadwick, Condiciones sanitarias en la población obrera de Gran Bretaña, 1842, p. 220, Prensa de la Universidad de Edinburgo, 1965.

(6) Banco Mundial, Plan de acción en el sector de salud, p. 6, Washington DC, marzo 1975.

(7) Thomas McKeown, Medicina en la Sociedad moderna, Allen y Unwin, 1965.

El gran aumento en la duración de la vida, consecuente de la abolición de enfermedades infecciosas, ha decaído. A pesar de que la duración de la vida en las mujeres continúa creciendo marginalmente, la de los hombres no ha mejorado desde hace 30 años, (8) antes de la era de terapia masiva de drogas, y en algunos países como los Estados Unidos, actualmente va en decadencia. La razón es el aumento en número de muertes en la edad madura, en la que una variedad de factores ambientales juegan un papel central. Las mayores causas de muerte en el mundo occidental son ahora las enfermedades cardiovasculares (ataques al corazón, infartos, presión alta), de cáncer (especialmente del pulmón e intestinal), enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, enfisema), y accidentes. El papel crucial de la contaminación industrial, de fumar, de dietas, tensiones, falta de ejercicio, ingestión de alcohol y los factores de la vida moderna, se ha aceptado por donde quiera (9). Está claro que la eficacia de las drogas en el mejoramiento de la salud en tales casos deberá ser limitada.

No solamente están fallando las drogas en las enfermedades de afluencia; además toda una nueva clase de enfermedades yatrogénicas han surgido, las que son un resultado directo de las mismas drogas. En Bretaña, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes que ingieren drogas sufren reacciones adversas, y 1 de cada 10 admisiones en hospitales es la consecuencia directa de una reacción adversa (10).

La proporción de una enfermedad causada por las drogas, es el uso injuicioso de las drogas por el médico. Sin embargo, en muchos casos, las reacciones adversas a las drogas no son precedibles. Algunas drogas son seguras si se toman solas, pero en combinación con otras drogas, con alcohol, con ciertos alimentos o con alguna otra sustancia tales como insecticidas o rocío químico, pueden formar una sustancia letal. Los efectos secundarios de algunas drogas en ciertas personas pueden alterar considera-

blemente su efecto terapéutico. Existen peligros de sobredosis, deliberada o accidental y de adicción. Los antidepresivos y tranquilizantes bajan los reflejos, haciendo que el conducir o el uso de maquinaria industrial sean peligrosos no solamente para el paciente. El acceso habitual a drogas que cambian el estado de ánimo cuando surgen problemas impiden la búsqueda de la verdadera solución. Además la utilización extensa y abusada de antibióticos ha conducido a cadenas de ciertas clases de bacterias que resisten a los antibióticos. Esto es aún más común en los países del Tercer Mundo, donde muchos antibióticos pueden ser obtenidos sin prescripción.

Factores ambientales en el Tercer Mundo

Si damos una mirada al Tercer Mundo, también los factores ambientales son los principales determinantes de patrones de enfermedad y el cuadro actual tiene mucho en común con el siglo diecinueve en Europa (11). La tasa de mortalidad infantil en los países del Tercer Mundo como un todo, es de 40 por 100 nacimientos, (12) y el promedio de duración de vida es de 49 años (13). En general no son las enfermedades tropicales turbias las causas mayores de muerte en los países subdesarrollados, sino las infecciones que una vez fueron comunes en el Occidente, tales como el sarampión, tuberculosis, rubeola, difteria, meningitis, influenza y diarrea infecciosa. La extensa desnutrición reduce la inmunidad hacia las enfermedades e infecciones tales como sarampión, que no son problema en los pacientes bien nutridos y que son letales en los desnutridos.

Sin embargo, no es solamente la alta tasa de mortalidad la que causa un serio problema en los países del Tercer Mundo. Para aquellos que sobreviven, son la malnutrición y las enfermedades crónicas que debilitan las que tienen los efectos más profundos en las comunidades. Existe la evidencia de que aproximadamente 435,000.000 de personas tienen

(8) John Powles, Sobre las limitaciones de la medicina moderna, en la Ciencia, La Medicina y el Hombre, 1, pp. 1-30, Prensa Pergamon, 1973.

(9) Ver Apéndice I, pp. 39-40.

(10) Conferencia de la Sociedad Farmacéutica Británica, 1973, citada en el Guardián, 13.5.74: P.F. D'Arcy y J. P. Griffin, enfermedades latrogénicas, Prensa de la Universidad de Oxford, 1972.

(11) Se deberá enfatizar, sin embargo, que existen grandes diferencias entre los países en vías de desarrollo y los países ya desarrollados, en cuanto a normas urbanas y de salubridad se refiere.

(12) Banco Mundial, op. cit., pp. 9-10.

(13) Ibid., p. 6.

un ingestión de calorías y proteínas que está debajo de sus necesidades (14). Para muchos esta mala alimentación además debe ser compartida con parásitos intestinales, tales como la solitaria, que infecta más que un cuarto de la población mundial (15). Las enfermedades crónicas o progresivas, tales como la malaria, bilharzia, lombrices intestinales, la enfermedad del sueño, etc. toman su parte de las energías físicas y mentales de las poblaciones donde están endémicas (16). Tal circunstancia inevitablemente tiene un efecto mutilante en la vida social y económica de los países en vías de desarrollo.

Mientras que muchas de las enfermedades de los países del Tercer Mundo están sujetas a la terapia de drogas, la ineficacia de las medidas curativas es obvia, en países donde las causas ambientales son ignoradas. Malcolm Segall (17) cita el típico caso del hombre con lombrices intestinales que cada vez y a través de los años se vuelve incapaz hasta que se ve forzado a dejar de trabajar. Una vez admitido al hospital, necesita, tests de laboratorio, atención médica y paramédica especializada y un tratamiento de drogas. Con el tiempo, ya está listo para regresar al trabajo, pero sus condiciones de vida son tan deficientes como siempre fueron y al cabo del tiempo, contrae de nuevo las lombrices. La medicina curativa sofisticada que ha recibido, a un costo considerable para la economía estrangulante del Tercer Mundo, fue incapaz de mejorar su salud. Si por otro lado, la aldea hubiera contado con letrinas, el hombre no hubiese contraído anemia de lombrices, en primer lugar.

Desafortunadamente hemos exportado a los países del Tercer Mundo, junto con el resto de la práctica médica occidental, nuestras creencias falsas de la eficacia de la intervención química para individuos afectados de enfermedades endémicas. Los países del Tercer Mundo continúan malgastando grandes cantidades de sus escasos recursos comprando drogas de los países occidentales, y frecuentemente, como hemos visto, a un costo absoluto más

alto que las agencias en los países industrializados. Donde los presupuestos de salud y sociales son bajos, el alto costo de las medicinas las hace inaccesibles a la mayoría de la población. Donde los gobiernos pagan las drogas, el costo se lleva una cantidad alta en desproporción al dinero total disponible para salubridad, para el detrimento de los programas de medicina preventiva.

Existen ejemplos en el Tercer Mundo de campañas para movilizar a la gente para prevenir la propagación de la enfermedad y para mejorar su propia salud. No hay duda de que estos provienen de países socializados cuyo objetivo son las condiciones de vida mejores para toda su gente. En China, las personas fueron educadas por grupos del partido en cuanto a los peligros de caracoles que portaban esquistosomiasis. Se iniciaron campañas para deshacerse de los caracoles con la mano y la gente recorrió todos los canales arrancando los caracoles de aquí y allá hasta que se eliminó la esquistosomiasis (18).

También Tanzania dedicó sus recursos limitados a la prevención de la enfermedad. En 1973, el proyecto de educación para adultos, conocido como Mtu Ni Afya (el Hombre es Salud) se difundió por la radio de Tanzania, y se establecieron estudios en grupo en un número de aldeas seleccionadas. Los programas trataban con cinco enfermedades —malaria, disentería, lombrices en los intestinos, esquistosomiasis y tuberculosis—, y hubo también muchos programas que trataban sobre el agua. Las causas de las enfermedades, sus síntomas, sus complicaciones y prevenciones fueron discutidas. El entusiasmo en cuanto al programa se hizo cada vez mayor: éste casi dobló sus audiencias y en un estudio posterior, miembros de 253 grupos reportaron haber comenzado a filtrar o hervir el agua potable y hubo un recuento de muchas letrinas nuevas (19). El costo total de la campaña fue de \$ 610,000. Esta suma de dinero, gastada en una terapia de drogas curativa, hubiese llegado a mucho más. A 732,000 adultos se les pudo haber dado un solo tratamiento para las

(14) El Guardián, Poco en existencia, 5.1.76.

(15) C. Wilcocks y P.E.C. Manson-Bahr, Las enfermedades tropicales de Manson, p. 247, Baltimore, 1972.

(16) Ver Apéndice II, pp. 41-44.

(17) Malcolm Segall, "La Política de salud en Tanzania", en Desarrollo y Cambio, Vol. 4, N° 1, 1972.

(18) Joshua Horn, Fuera con las pestes, Revisión mensual, 1971.

(19) B.L. Hall, Campañas en masa como estrategia de desarrollo: El Hombre de Tanzania es Campaña de Salud, sección de estudios de casos. Instituto de Estudios de Desarrollo, Universidad de Sussex, marzo 1975.

lombrices por ejemplo, usando Mintezol, o 110,000 tratados por tuberculosis usando la forma más barata del tratamiento, Thiazina (20).

Las ganancias tan bajas de medicina individualizada curativa en los países del Tercer Mundo es razón suficiente para usar los programas preventivos más económicos tales como la purificación del agua, los drenajes y la eliminación de transportadores de enfermedades tales como los caracoles o los mosquitos. El mejoramiento decisivo en las áreas donde se han llevado a cabo estos proyectos, da la evidencia que las medidas de salud pública son los prerequisites para el mejoramiento social y económico de las poblaciones.

Planeamiento de Salud

Mientras es fácil entender la lógica de los países en desarrollo de dedicar muchos de sus escasos recursos a la acción social preventiva, no es inmediatamente tan aparente por qué prioridades similares deben ser abogadas para los países industrializados. Hemos visto el dilema en el que se encuentran la medicina occidental. Se han desarrollado técnicas altamente desarrolladas para el tratamiento de enfermedades en individuos, en gran parte por medio de drogas o cirugía, pero aún nos enfrentamos a enfermedades asesinas que no responden por lo general a ningún tipo de estas intervenciones.

La identificación y documentación cuidadosa de las causas ambientales de estas enfermedades no han traído una determinación concomitante para eliminar estas causas. Y así, la única esperanza verdadera para la abolición de estas enfermedades y de hecho para alejarnos de nuestra independencia de las drogas producidas por compañías farmacéuticas con miras lucrativas, se basa en el cambio de la intervención química hacia la acción preventiva, de modo que induzca e involucre gran cantidad de personas en la introducción de medidas que promuevan y mantengan su propia salud.

No estamos desvalorizando la dificultad de este logro. En gran parte, los factores ambientales

—ya sean tensiones, contaminación ambiental y alimentos comercialmente procesados en los países industrializados, y desnutrición en los países del Tercer Mundo— están fuera del alcance y poder de los individuos o aún países individuales, y es imposible imaginar actitudes de cambios de salud aislada de otros cambios de producción, consumo y organización social. Sin embargo, y a pesar de que la salud no ha sido el punto de enfoque para la acción política en el pasado, no hay razón para que no se convierta en tal y no hay razón para que la gente encargada de organizar los asuntos de salud no aborde los problemas relacionados en la sociedad tan extensa en que viven.

En el presente nos enfrentamos a una situación donde la medicina curativa y del cuerpo-como-máquina domina. La acción preventiva recibe muy poca atención en el entrenamiento de doctores comparada con lo relacionado a la fascinación intelectual del tratamiento de un cuerpo enfermo. Desde el punto de vista del paciente tanto como del médico, la idea de que tragarse una píldora solucionará el problema tiene una simplicidad seductiva, que nos es compartida con la idea de cambios mayores en el ambiente, o, hasta donde sea posible, en el estilo de vida individual. Las compañías de drogas remiten su poder considerable para sostener esta situación y refuerzan la confabulación entre el médico y el paciente de que existe una droga para (casi) cualquier enfermedad (21). La confabulación es lucrativa para ellos y deberán perpetuarla.

PARTE III

PREVENCION SIMULTANEA

OBTENIENDO LAS DORGAS QUE SI NECESITAMOS

Toda la acción preventiva no sería capaz de evitar la necesidad de la terapia con drogas, pero

(20) Del Plan de Drogas, Ministerio de Salud de Tanzania, 1971. El Mintezol costaba 50 Tshs por 100 tabletas de 500 mg; la Thiazina, 24 Tshs 50 cents. por 24 bolsas de 42 tabletas.

(21) En 1974, los doctores daban el equivalente de 6 prescripciones para cada hombre, mujer y niño en Breña. Un estudio reciente demostró que el 40% de los pacientes británicos se sentían mal si no se les daba una prescripción en su siguiente visita al médico. (nuevo Científico, 62, p. 468, 1974).

esperamos disminuir esta necesidad. Un gran número de enfermedades que antes eran fatales ahora pueden ser tratadas con drogas. El principal valor de las drogas, sin embargo, no está en la cura, sino en su uso para aliviar el dolor y otros síntomas en enfermedades que no son triviales. Cómo podría la industria de las drogas ser reestructurada para satisfacer la necesidad de drogas esenciales?

En los países donde los servicios de salud están total o parcialmente nacionalizados, existe una inevitable contradicción entre el gobierno en su papel de permitir la operación de las compañías comerciales progresivas, y el gobierno como consumidor de sus productos. La solución nacional de esta contradicción sería que los gobiernos nacionalizaran la industria de las drogas e incorporar la producción de drogas esenciales dentro del marco de planeamiento de salud. Sin embargo, en un mundo dominado por corporaciones multinacionales, tal movimiento por un gobierno nacional se combatiría claramente con dificultades económicas, administrativas y legales (1). A cambio los gobiernos nacionales están comenzando a introducir poco a poco una legislación para protegerse contra el sobreprecio y otras formas de mala operación de las multinacionales de las drogas.

A continuación haremos una lista de otras posibilidades que no sean la nacionalización, para poder cambiar la situación presente. Los cambios que sugerimos van desde los radicales hasta los paliativos y algunos de ellos son obviamente alternativas. Algunos requieren cooperación internacional, algunos legislación nacional y algunos pueden ser sometidos a discusión y a acuerdos voluntarios dentro de la industria. Citaremos ejemplos de la posibilidad de tales cambios, ocurridos ya dentro de los puntos abogados.

(1) Robert Haldeman, vice-presidente ejecutivo de la Operación chilena de Kennecott, dijo que las alianzas transnacionales eran establecidas para proteger los intereses del cobre de Kennecott. La meta de estos arreglos es que nadie expropie a Kennecott sin trastornar a los clientes, acreedores y gobiernos de tres continentes. Cuando el congreso chileno decidió nacionalizar las minas, Kennecott abogó en Francia, Alemania e Italia para bloquear todos los pagos a Chile por cobre nacionalizado vendido en esos países, R.J. Barnett y J.R. Muller, *Alcance Global*, el poder de las corporaciones multinacionales, p. 85, Cape, 1975.

1. Para mejorar la seguridad y eficacia de las drogas

- * Desarrollo, pruebas tóxicas y formulación de drogas para llenar los requisitos rigurosos de la Administración Americana de Alimentos y Drogas (FDA).

Un número de países desarrollados siguen las pautas de la FDA a gran escala, y muchos países en vías de desarrollo que consideran la introducción de legislación están acudiendo primeramente al consejo de la FDA.

- * Pruebas clínicas que se lleven a cabo con la estricta adaptación a la Declaración de Helsinki de la Asamblea de Salud Mundial (1964) que aboga entre otras cosas:

- a) todos los riesgos que pueda sufrir el sujeto deberán ser sobrepasados por el beneficio potencial para él, o por la importancia de los conocimientos que se puedan obtener.
- b) el sujeto deberá ser totalmente informado de todos los riesgos posibles y deberá dar su consentimiento sin ser obligado.

- * Comités independientes para comprobar la eficacia de las drogas y para hacer recomendaciones de las drogas, de preferencia. La información deberá repartirse regularmente a los médicos.

- * Colaboración internacional e intercambio de información en cuanto a las reacciones adversas a las drogas.

El WHO considera tal programa, pero es difícil persuadir a los médicos de que envíen reportes de reacciones adversas y no todos los gobiernos cooperan con el WHO.

2. Reduciendo los precios de las drogas

- * Disminución drástica de protección de patentes, o la total abolición de patentes.

Finlandia e Italia no poseen leyes sobre patentes y recientemente se han visto en la posibilidad de producir drogas económicamente, a pesar de que Italia ha perdido ahora esta ventaja, convirtiéndose en signataria del acuerdo de patentes de la CEE.

* Donde existe el sistema de patentes que los gobiernos usen licencias obligatorias para facilitar la competencia de mercado y de precios. Las autoridades de salud italianas quieren una ley que obligue a todas las compañías de drogas a que divulguen sus procesos de producción, de las que se pueda sacar un costo de manufactura y precios de menudeo. El Comité Británico de Sainsbury también recomendó la adopción de un sistema similar de contabilidad pública para los precios de las drogas.

* Una cooperación internacional en la intervención de cuentas y evitar el uso de la transferencia de precios. La Comisión de la CEE está tratando de hacerlo y siguiendo la batalla legal del gobierno británico con Hoffmann-La Roche, las autoridades fiscales británicas están ahora investigando la transferencia de precios con alguna dificultad, ya que el origen de algunas drogas, sin contar el costo, es imposible de averiguar.

* Que los médicos prescriban usando nombres genéricos en lugar de nombres de marcas, a menos que una marca particular sea indicada específicamente. Los farmacéuticos llenarían la prescripción a un costo mínimo, una versión clínicamente aceptable de la droga disponible.

En América, el Jefe del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Sr. Caspar Weinberger, en uno de sus últimos actos en ejercicio, desafió a la asociación Médica Americana y a las compañías de drogas y firmó una regulación por medio de la cual la FDA determinaría el costo más bajo al que una versión médicamente aceptable de una droga pudiera proporcionarse; esta cantidad es el límite superior de reembolso a los químicos por las drogas abastecidos a través de los programas Medicaid y Medicare financiados por el gobierno.

También se espera que la FDA publique regulaciones donde las firmas que deseen producir versiones genéricas de drogas de larga aceptación, disponibles únicamente bajo nombre de marca, sean capaces de hacerlo sin pasar por un proceso extenso y caro que aplique a nuevas drogas. El gobierno alemán está tratando que los médicos sean personalmente responsables al prescribir drogas caras, si se cuen-

ta con drogas más económicas. En Bretaña existen medios para retener el reembolso a los médicos que incurran en costos de prescripción excesivos, a pesar de que se usan raramente.

El Comité de Sainsbury recomendó la abolición de nombres de marcas para todas las nuevas marcas, y el uso de un único nombre aprobado por la Comisión de Medicinas para cada producto farmacéutico, siendo el origen del producto identificado por el nombre del productor o del nombre de la Casa.

* Completa prohibición de publicidad o una considerable reducción en las cantidades que las compañías de drogas gastan en publicidad y promoción. En esto se implica la necesidad de que los gobiernos sean los encargados de informar a los médicos sobre las drogas. (vea abajo N° 3)

La industria alemana acordó en reducir los costos de publicidad en 30% y el Ministerio de Economía de Alemania admite que se ahorrarían de 45 a 55 millones de libras esterlinas, estabilizaría los precios de drogas y al final reduciría el consumo de drogas.

Actualmente el Ministerio de Salud Británico está en pláticas con la industria sobre una propuesta del gobierno de acortar los 33 millones de libras gastados en propaganda al año en un 25%.

3. Mejoramiento del conocimiento de los pacientes y médicos sobre las drogas

* Si no hubiera prohibición de publicidad, que los anuncios de drogas contengan únicamente la clase de información que se proporciona normalmente en los datos, por ejemplo: formulación, dosis recomendada y vías de administración, contra indicaciones, prevenciones, efectos secundarios y costo.

El Comité de Sainsbury hizo recomendaciones similares, sugiriendo que el escrutinio de los anuncios fueran una función a cargo de la Comisión de Medicinas. La mayoría de los anuncios en USA actualmente contienen esta información completa (en letras muy pequeñas) y la FDA está discutiendo con la industria sobre nuevos controles en el contenido de los anuncios.

- * Que los gobiernos tomen la responsabilidad de continuar la educación de posgrado para los médicos, de manera que se les pueda informar sobre los últimos avances en la terapia de las drogas y proporcionarles información al día de los costos relativos, eficacia de las drogas y reacciones adversas.
En Bretaña, a los médicos se les envían circulares gubernamentales acerca de los costos relativos de las drogas y nuevas reacciones adversas. Este y otros métodos de educación e información a los médicos deberían ser ampliados.
- * Cursos de recordamiento de terapéutica obligatorios.
- * Hojas de instrucciones para el paciente en todas las drogas prescritas. En USA, todos los contraceptivos orales llevan instrucciones que orientan al paciente. La FDA lucha por extender este método hacia las otras drogas pero encuentra fuerte oposición por parte de los médicos. El Departamento Británico de Salud también favorece esta idea, pero todavía tiene que discutir algunas propuestas con la industria y la profesión médica.
- * Tomar en cuenta el conocimiento de los farmacéuticos, tanto por los médicos, como por los pacientes.
Los pacientes frecuentemente consultan a los farmacéuticos. Los farmacéuticos poseen el conocimiento y son capaces de orientar acerca de las combinaciones de drogas y de instruir a los pacientes de cómo tomar sus drogas debidamente.

4. Propuestas específicas para el Tercer Mundo

La Conferencia para las Naciones Unidas de Mercado y Desarrollo ha abogado por las siguientes medidas en un informe reciente, (2) que si se llevara a cabo, no solamente reduciría el consumo de drogas y los costos, sino también haría más fácil a las

agencias del gobierno proporcionar información objetiva sobre las drogas a los médicos.

- * Que los países en vías de desarrollo elaboren una lista de las drogas esenciales. Segall (3) sugirió que el criterio para seleccionar drogas en prioridad debería incluir una consideración sobre la frecuencia y severidad de las enfermedades para las que la droga es necesaria, la efectividad, grado tóxico y costo de la droga. Speight (4) admitió que esto significaría el uso de drogas antiguas bien establecidas, sobre las que las nuevas drogas con patente pueden tener ventajas terapéuticas marginales, pero desventajas considerables de costo.

La experiencia ha demostrado que de 1-2% de las drogas lanzadas al mercado en los países en desarrollo, serían suficientes para cubrir las necesidades básicas. En India el Comité del Gobierno ha estimado que de las 15,000 drogas en el mercado en el presente, sólo 116 son esenciales.

En Brasil, el gobierno proporciona 108 drogas, de las cuales 52 son esenciales, al sector más pobre de la población ya sea gratis o a un costo muy bajo.

Algunos países desarrollados con sistemas de distribución del estado han limitado el número de preparaciones disponibles; tal es el caso de Noruega con 2,000 productos y Suecia con 2,600.

- * Que se eliminen los nombres de marcas y que las drogas se lancen al mercado bajo sus nombres genéricos.

La agencia del gobierno brasileño lanza al mercado su número limitado de drogas sin mencionar a los productores. El gobierno de la India ha recomendado cambiar de los nombres de marca a los nombres genéricos, con un proceso gradual para evitar confusiones.

En Paquistán el gobierno pasó una legislación en 1972 para abolir todos los nombres de marcas. Sin embargo, el cambio repentino ha cau-

(2) Asuntos principales en la transferencia de tecnología a los países en vías de desarrollo: un caso-estudio de la industria farmacéutica, UNCTAD, TD/B/C.6/4, Génova, octubre 1975.

(3) M. Segall, los productos farmacéuticos y el planeamiento de salud en los países en vías de desarrollo, Instituto de Estudios de Desarrollo, Universidad de Sussex, diciembre, 1975.

(4) A.N.P. Speight, Efectividad de costos y terapia de drogas, Doctor Tropical, 5, pp. 89-92, 1975.

sado alguna confusión: se quejan de que el mercado ha infiltrado productos de calidad inferior de productores sin identificación. La preferencia por nombres de marcas es fuerte y se dice que los productores con marca son importados ilegalmente (2).

Que las drogas se compren a través de una distribución centralizada de pequeños productores, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

La factibilidad de tal programa se ha demostrado con el excelente trabajo de la Organización Británica, Equipo Ultramarino para Hospitales de Caridad (ECHO), que abastece a 800 hospitales en 80 países en vías de desarrollo diferentes. Bajo su programa, la compra de drogas bajo nombres genéricos ha reducido los costos de algunas drogas hasta un 45% con nuevas reducciones para el futuro. Debido a los grandes pedidos, una gran cantidad de compañías de drogas están mostrando su interés en proporcionar productos sin marca a precios competitivos. No existe la razón para que tal programa no sea extendido a gobiernos abastecedores en los países en desarrollo.

Bajo diferentes programas, sin relación a ECHO, países del grupo socialista también abastecen a los países en vías de desarrollo con ingredientes activos para drogas a bajo costo; tal es el caso de Egipto, donde la formulación y empaque de los ingredientes se lleva a cabo a gran escala.

Que los países del Tercer Mundo cooperen en la producción de drogas y que establezcan centros de tecnología para llevar a cabo investigación y para distribuir información sobre drogas.

Algunos países en vías de desarrollo, notablemente India, tienen una industria farmacéutica en la que se podría establecer programas cooperativos para abastecerse de materia prima a convertirse en elementos químicos básicos para drogas, formulación y empaque. Los obstáculos a tal cooperación, sin embargo, son formidables y queda por ver si tales programas tendrían éxito al romper el poder de las multinacionales de drogas.

5. Educación para la Salud

De nuestros argumentos previos se saca en conclusión que cualquier mejora significativa en la prevención de enfermedades debe involucrar a las personas tomando parte activa en la prevención de la salud, ya sea en base individual o colectiva, y tomando parte en los cambios de educación y actitudes en la profesión médica.

- * Que en los países industrializados se extiendan los gastos en campañas de salud públicas para informar a la gente sobre las dietas, tensiones, problemas industriales, cigarrillo, alcohol, consumo excesivo de las drogas, etc. como causa de enfermedades. Que esto sea acoplado a una gama completa de publicidad de productos dañinos para la salud, tales como el cigarrillo.
- * Que el mundo en vías de desarrollo, lleve a cabo campañas educacionales sobre higiene mejorada, agua potable, control de nacimientos, alimentación infantil, control sobre vectores de enfermedad, participación en programas de inmunización y el cultivo de cosechas esenciales para una nutrición adecuada.
- * Tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, un cambio en el enfoque de la alta e individualizada tecnología hacia medicina comunitaria preventiva.

APENDICE I

ENFERMEDADES AMBIENTALES Y DE AFLUENCIA EN LOS PAISES INDUSTRIALIZADOS

Las dos causas mayores de muerte en los países industrializados son ahora la enfermedad circulatoria (infartos y ataques al corazón) y cáncer (especialmente del pulmón, del pecho y del intestino delgado), que entre ellas se llevan aproximadamente dos tercios de las muertes en cualquier año dado (1). Además, las enfermedades respiratorias (en particular la bronquitis crónica y el enfisema)

(1) D.H.S.A., En estado de la salud pública, p. 31, HMSO, Londres, 1973.

son una causa importante de mortalidad y morbilidad, especialmente en áreas industriales. El debate sobre las causas de estas "enfermedades de afluencia" ha sido largo y penoso y todavía continúa. Sin embargo existe ahora un largo volumen de evidencias que las liga a una variedad de factores en el ambiente físico de las sociedades industriales y que ahora parece estar de acuerdo con los términos generales que "los factores ambientales" juegan un papel principal en la causa de estas enfermedades característicamente modernas. Este apéndice dará un breve detalle de alguna evidencia en lo que concierne a esta casualidad.

1) Enfermedades Circulatorias

La enfermedad del corazón isaémica cubre el 25% de las muertes en Bretaña y existe una preocupación debido a su incidencia en aumento entre gente joven (2). Los factores ambientales pertenecientes a la producción de enfermedades del corazón isaémica han sido bien documentados y se expresan usualmente en la forma de una lista de factores de predisposición: (3)

- a) dieta (especialmente al nivel colesterol)
- b) obesidad
- c) falta de ejercicio
- d) fumar
- e) tensión

2) Cáncer

El cáncer causa aproximadamente el 20% de las muertes en el Reino Unido y se ha estimado que el 80% de cáncer está causado por factores ambientales de una forma u otra (4). A pesar de que estas relaciones todavía no se han establecido definitivamente, éstas no se aplican a dos de los principales tipos de cáncer —cáncer del pulmón y cáncer del intestino delgado. El Cáncer del pulmón cubre aproximadamente 40% de las muertes de cáncer en el hombre y aproximadamente 11% en las mujeres,

y la tasa en las mujeres está creciendo rápidamente (5). La relación entre el carcinoma del pulmón y fumar no ha sido establecida claramente, pero se ha estimado que si se dejara de consumir cigarrillos completamente, el número de hombres que mueren de cáncer del pulmón cada año, bajaría de los 24,500 actuales a menos de 5,000 (7). El lugar más común de cáncer en las mujeres es el pecho (20% de todas las muertes de cáncer de mujeres). A pesar de que la incidencia de cáncer en el pecho aumenta dramáticamente con la industrialización no se ha establecido aún una relación causal específica (8). Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres el lugar más común de cáncer siguiente es el sistema digestivo (el intestino en particular) y se han colocado argumentos poderosos en cuanto a la dieta, en la reducción en consumo de fibra dietética y en el aumento de carbohidratos refinados (9).

3) Enfermedades Respiratorias

En Bretaña la bronquitis crónica, en enfisema y el asma abarcaron el 5% de las muertes en 1972 (10) y contribuyeron grandemente a inhabilidad crónica. La cantidad promedio de días laborales perdidos a causa de bronquitis oscilan alrededor de 35 millones cada año (11) y se ha estimado, que de acuerdo al diagnóstico de médicos generales el 17% de hombres entre 40 y 64 años sufrían de bronquitis crónica (12). Existe ahora una fuerte evidencia de que es el fumar y la contaminación atmosférica los

(2) Ibid., p. 32.

(3) J.N. Morris, Los usos de la epidemiología, Livingstone, 1970.

(4) J. Higginson citado en "En estado de la salud pública, p. 5, HMSO, Londres, 1971.

(5) D.H.S.S., op. cit., p. 33, 1973.

(6) Universidad Real de Médicos, El fumar y la salud hoy en día, 1971.

(7) Ibid., capítulo 4.

(8) W.P.D. Logan, cáncer en el pecho: ninguna disminución en mortalidad, en Crónica del WHO N° 29, pp. 462-471, 1975.

(9) D. Burkitt, Algunas enfermedades características de la Civilización Occidental Moderna, en el Periódico Médico Británico, 1, pp. 274-278, 1973.

(10) D.H.S.S., op. cit., p. 31, 1973.

(11) Universidad Real de Médicos, op. cit., capítulo 5.

(12) J. Crofton y A. Douglas, Enfermedades Respiratorias, p. 304 y 305-8 Blackwell, 1969.

que causan los factores causales principales en la producción de este enorme sufrimiento y muerte prematura posible.

Finalmente, además de las enfermedades antes mencionadas, es necesario enfatizar otras causas importantes de muerte e inhabilidad en las sociedades industrializadas, que pueden ser tomadas como ambientales. Estas son las enfermedades ambientales y los accidentes ambientales por un lado, (13) y más causas generales de muerte accidental por el otro (incluyendo muertos y heridos en accidentes automovilísticos). A pesar de que éstos no pueden ser detallados aquí, deberán ser incluidos en la categoría de morbilidad y mortalidad que surgen de un patrón de vida particular en donde el papel de la medicina en su reducción es muy limitado.

APENDICE II

EL AMBIENTE Y LAS ENFERMEDADES DE POBREZA EN EL TERCER MUNDO

Las enfermedades prevalecientes en el Tercer Mundo se dividen en dos grupos distintos pero interrelacionados —aquellas causadas por desnutrición— y las enfermedades infecciosas.

1) Desnutrición

Las Naciones Unidas han estimado que aproximadamente 25% de la población del hemisferio occidental, el 80% del de África y 90% del de Asia viven en países donde la distribución de alimentos es tal, que el promedio de calorías y peso de proteínas disponibles para cada individuo está debajo de sus requerimientos estimados (1). La desnutrición amplia en los países subdesarrollados tiene un impacto crucial en los patrones de morbilidad y mortalidad. Puede constituir una causa primaria de muerte, espe-

cialmente entre lactantes y niños pequeños o puede causar deficiencias proteicas-calóricas tales como kwashiorkor y marasmo. La desnutrición es un factor principal contribuyente en las enfermedades infecciosas porque reduce la inmunidad inicial a ellas y una vez estas enfermedades infecciosas comunes se contraen, una dieta inadecuada baja significativamente las oportunidades de un individuo de supervivencia. Un estudio reciente del WHO en Latinoamérica ha demostrado que el 9.4% de las muertes infantiles investigadas se debían al sarampión y que el 60% de estos niños tenían malnutrición proteica-calórica como causa pre-existente (2). El mismo estudio reveló que en el 57% de los niños que murieron antes de cumplir cinco años, estuvo presente la desnutrición y la deficiencia de peso al nacer, ya sea como la causa base de muerte o como una causa asociada. El significado total de esto puede ser visto cuando se considera que aproximadamente *la mitad* de todas las muertes en el Tercer Mundo sucede en los niños menores de cinco años (3).

No hay cura terapéutica para la desnutrición ni la intervención médica como preventiva. La desnutrición es causada por factores económicos y sociales que deberán ser cambiados para poder mejorar la dieta de la masa de población del mundo. Las necesidades más urgentes en este orden son: a) alterar el patrón de tenencia de tierras para favorecer la producción de alimentos en vez de producir cosechas para exportación y, b) mayor inversión en el sector agrícola para aumentar la productividad. Por supuesto estos son asuntos de política social y no médica, pero de todas formas son éstos los que determinarán crucialmente los prospectos de salud de los países en vías de desarrollo.

2) Enfermedades Infecciosas

Es conveniente subdividir éstas, de acuerdo a los medios por los que son propagadas —por ejemplo: a) enfermedades con relación fecal, b) enfermedades contraídas por medio del aire y c) enfermedades contraídas por medio de vectores.

(13) Para un recuento exacto de esta clase de enfermedades, ver P. Kinnersly, *Los Azules del Trabajo: cómo combatirlos*, Prensa Pluto, 1973.

(1) Naciones Unidas, *Estudio económico del Mundo*, Nueva York, 1971.

(2) Crónica 28 del WHO, pp. 276, 1974.

(3) Sector Plan de Acción Banco Mundial, Salud, p. 13, Washington, DC. 1975.

a) Enfermedades con relación fecal

Estas son las enfermedades que son transmitidas a través del contacto con las heces humanas. Las más comunes son las enfermedades infecciosas de parásitos intestinales y las de diarrea. Las enfermedades infecciosas de diarrea, tales como la disentería bacilar, amebiasis y enteritis son causas muy comunes de muerte entre los niños pequeños en particular, mientras que los parásitos intestinales son frecuentemente crónicos y debilitantes, antes que agudos y fatales. Para ilustrar la extensión de estas enfermedades la diarrea fue la causa primaria de muerte en Paraguay (1971), Guatemala (1970) y El Salvador (1971), (4) mientras que se ha estimado que posiblemente un cuarto de la población mundial está infectada de lombrices (5).

La prevalencia de estas enfermedades se debe en gran parte al saneamiento inadecuado y al agua potable contaminada en los países en vías de desarrollo y el hecho de que cualquier tratamiento médico administrado es incapaz de prevenir la incidencia de la infección en la ausencia de unas pocas medidas rudimentarias de salud pública. Combinando la provisión de agua limpia adecuada con letrinas efectivas, la mayoría de los países del Tercer Mundo serían capaces de reducir la incidencia de enfermedades fecales dramáticamente.

b) Enfermedades contraídas por medio del Aire

Este grupo consiste en aquellas enfermedades que se esparcen por medio de las secreciones de respiración de personas infectadas e incluye tuberculosis, neumonía, difteria, meningitis, influenza, bronquitis, tos ferina, sarampión, viruela y varicela. De acuerdo a estadísticas del gobierno, éstas cubrieron el 24% de las enfermedades reportadas en Bolivia (1971), 29% en Guatemala (1970) y 19% en Chile (1972) (6). Se estima que hay más de 15 mi-

llones de casos activos de TB en el Tercer Mundo (7).

La propagación de estas enfermedades se facilita grandemente por condiciones de vida superpobladas e inadecuadas, mientras que la mortalidad de enfermedades tales como sarampión en los países en vías de desarrollo se explican por la desnutrición. Como la experiencia del siglo diecinueve Breaña ha demostrado (ver parte II) que la incidencia y severidad de las enfermedades infecciosas se puede reducir grandemente por mejorías en los factores tales como la dieta y condiciones de vida, en el contexto de patrones de vida superiores para la masa de la población.

c) Enfermedades contraídas por medio de vectores

Estas son las enfermedades infecciosas causadas por parásitos que son transmitidos a los seres humanos por medio de vectores de enfermedades tales como mosquitos —en el caso de malaria, o caracoles— como en esquistosomiasis (bilharzia). Se estima que hay 523 millones de personas todavía expuestas a la malaria en aquellas partes del mundo sin programas de erradicación, (8) y en general “después de 50 años de promesa creciente y menguante esta enfermedad está tan prevalente como siempre en sus áreas principales de distribución” (9). Los estimativos de la incidencia de esquistosomiasis varían entre 180 y 250 millones de personas afectadas (10). Otras enfermedades provenientes de vectores incluyen onchocerciasis (ceguera de río) que afecta a más de 20 millones de personas; (11) trypanosomiasis (enfermedad del sueño) a la que están expuestos 50 millones de africanos; (12) y la

(4) Banco Mundial, op. cit., p. 10.

(5) C. Wilcocks y P. Manson-Bahr, *Enfermedades Tropicales de Manson*, p. 247, Williams y Wilkins, Baltimore, 1972.

(6) Banco Mundial, op. cit., p. 11.

(7) *Economía Oficial y de Salud, Cuidado Médico en los países en vías de desarrollo*, p. 21, 1972.

(8) *Crónica 29 del WHO*, p. 273, 1975.

(9) *El Lancet*, Un epitafio para una erradicación global de la malaria?, ii, p. 16, 1975.

(10) *Economía Oficial y de Salud*, op. cit., p. 20; y *Nuevo Científico*, p. 18, 1.1.76.

(11) *Periódico Médico Británico*, Onchocerciasis — ceguera del río, 2, pp. 401-402, 1974.

(12) J. Humphrey, *Inmunología para los pobres*, en *Nuevo Científico*, p. 316, 8.8.74.

enfermedad variante de Latinoamérica Chagas que afecta a 7 millones de persona (13) y es responsable de un tercio de muertes en adultos en partes de Brasil (14).

La prevalencia de enfermedades por vectores es característica no solamente del subdesarrollo económico, sino también de la tendencia de los gobiernos del Tercer Mundo a adoptar programas graduales de "desarrollo" que fallan al integrar el bienestar económico y social con objetivos económicos primarios. De aquí la construcción de diques para sistemas de irrigación sin miras particulares a las consideraciones ecológicas, lo que puede dar nuevos sectores de respiración para los vectores de enfermedades (15).

Tales medidas preventivas como las que se han intentado en el caso de las enfermedades provenientes de vectores (ejemplo: malaria y a un rango más limitado esquistosomiasis) se han basado grandemente en químicos (drogas, insecticidas) que tienden a favorecer el crecimiento de fuerzas resistentes por un período de tiempo. La efectividad del control ambiental no químico de esquistosomiasis ha sido demostrado en la República de China (16) y podrá ser comparado muy favorablemente con los alcances intentados en países tales como Egipto, donde la prevalencia ha aumentado en los años recientes (17).

(13) Economía Oficial y de Salud, op. cit., p. 20.

(14) J. Humphrey, op. cit.

(15) C.C. Hughes y J.M. Hunter, Enfermedades y "DESARROLLO" en Africa, pp. 150-214 en H.P. Dreitzel (edit.) La Organización Social de la Salud, Collier-Macmillan, 1971.

(16) A.J. Smith, Salud Pública en China, Periódico Médico Británico, 32, pp. 492-494, 1974.

(17) F.R. Sandbach, Prevención de la esquistosomiasis: una aseveración crítica de la política actual, en Medicina y Ciencia Social, 9, pp. 517-27, 1975.

FICHAS BIBLIOGRAFICAS

SE OFRECE UNA BIBLIOGRAFIA ACERCA DEL TEMA "CONDICION SOCIAL DE LA MUJER EN LA SOCIE- DAD COSTARRICENSE":

a.- Centro de Documentación del Instituto de Investigaciones Sociales

Los resúmenes que a continuación se incluyen, han sido elaborados por el Centro de Documentación del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica, según el Método de Análisis que nutre su Sistema de Información.

Incluye el número que le ha sido designado a cada documento dentro del sistema; la cita bibliográfica según normas internas y un resumen de los "Descriptores de Información" más sobresalientes, surgidos del Análisis Total del Documento. Las iniciales en minúscula corresponden a la persona del Centro, que ha realizado el trabajo mecanográfico y las iniciales en mayúsculas a quien ha realizado el análisis.

000042

Bogantes Hidalgo, Oliveth

Estudios de Sociología. La realidad del atraso social y económico de Costa Rica, pp. 1-11. Sistema de parentesco y desarrollo socio-económico de Costa Rica, pp. 12-19. San José. Facultad de Ciencias y Letras. 1970. 21 p. mimeo.

COSTA RICA * DESARROLLO ECONOMICO *
FAMILIA * INVESTIGACION SOCIOLOGICA *

751103

a/a
S/T

000260

Bozzoli de Wille, María Eugenia.

Comentario sobre familia y medicina popular en Costa Rica. De posible interés en el campo de planificación familiar. Costa Rica. s.e. s.f. 15 p. mimeo.

COSTA RICA * SERVICIO DE SANIDAD *
PLANIFICACION FAMILIAR * FAMILIA *

751209

a/a
S/T

000295

Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa.

Código de Familia. s.l. s.e. 1973. 101 p. mimeo.

COSTA RICA * LEGISLACION * FAMILIA *

751213

a/a
S/T

000296

Encuesta de Servicio Social. Universidad de Costa Rica.

Encuesta sobre condiciones sociales y actitudes hacia la formación de la familia en dos comunidades de ingresos bajos: Finca Juan Vifias y Colonia Las Gravilias. s.n.t. 49 p. mimeo.

COSTA RICA * FAMILIA * DESARROLLO DE
LA COMUNIDAD * METODO DE INVESTIGA-
CION * ENCUESTA *

751213

a/a
S/T

000297

Patronato Nacional de la Infancia. Costa Rica.

Análisis final del desarrollo de la sociedad
Costarricense y la situación de la familia, la infan-
cia y la juventud. San José. Instituto de Investiga-
ciones de la Escuela de Ciencias Económicas U. de
C.R. 1971. 123 p. mimeo.

COSTA RICA * POLITICA SOCIAL * FAMILIA
* INFANCIA * JUVENTUD *

751213

a/a
S/T

000315

Rausch, Renate.

Entre Necesidades y Aspiraciones: La situa-
ción Socio-Económica y el Sistema Cultural en que
vive la Mujer Asegurada por la Caja Costarricense
de Seguro Social. Costa Rica. Centro de Estudios
Sociales y de Población. 1971. 101 p. mimeo.

COSTA RICA * CESPO * MUJER * CONDICION
SOCIAL * CONDICIONES ECONOMICAS *

751216

a/a
S/T

000465

Viquez Núñez, Alvaro.

Nociones sobre nivel de vida familiar, asigna-
ciones y beneficios familiares. s.l. Caja Costarricen-
se de Seguro Social. 1971. 44 p. mecanóg.- mimeo.

COSTA RICA * C.C.S.S. * SUBSIDIOS FAMILIA-
RES * FAMILIA * POLITICA SOCIAL *

760618

a/a
S/T

000499

Dirección General De Estadística y Censos, Costa
Rica.

Sétima Encuesta De Hogares Por Muestreo,
Enero a Diciembre 1971. San José. 1972. 45 p.
imp.

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PO-
BLACION URBANA * POBLACION RURAL *
EMPLEO * HORAS DE TRABAJO * EMPLEA-
DORES * TRABAJADOR * MIGRACION *
EMIGRANTES * CUADROS *

760622

a/a
S/T

000501

Dirección General De Estadística y Censos. Costa
Rica.

Quinta Encuesta De Hogares Por Muestreo,
Julio a Diciembre 1969. San José. 1971. 32 p.
imp.

COSTA RICA * D.G.E.C. * MIGRACION * IN-
MIGRANTES * POBLACION * EMPLEO *
MANO DE OBRA * EMPLEADOR * TRABAJA-
DOR * CUADROS *

760622

a/a
S/T

000502

Dirección General De Estadística y Censos. Costa
Rica.

Cuarta Encuesta De Hogares Por Muestreo,
Enero a Junio 1969. San José. 1971. 48 p. imp.

COSTA RICA * D.G.E.C. * EMPLEADOR *
TRABAJADOR * EMPLEO * DESEMPLEO *
GRUPOS DE EDAD * SEXO * CUADROS *

760622

a/a
S/T

000503

Dirección General De Estadística y Censos. Costa
Rica.

Población: de la República de Costa Rica
por Provincias, Cantones y Distritos, estimación al:
1° de Octubre de 1971 y 1° de Enero de 1972. San
José. 1972. 56 p. imp. Nos. 26-27.

COSTA RICA * D.G.E.C. * PROVINCIA * CAN-
TONES * DISTRITOS * POBLACION * SEXO *
GRUPOS DE EDAD * TASAS DE NATALIDAD
* MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS
ESTADISTICOS *

760624

Tercera Encuesta De Hogares Por Muestreo,
Julio a Diciembre 1968. San José. 1971. 34 p.
imp.

COSTA RICA * D.G.E.C. * MANO DE OBRA *
EMPLEO * TRABAJADOR EMPLEADOR * DE-
SEMPLEO * GRUPOS DE EDAD * SEXO *
CUADROS *

760622

a/a
S/T

000551

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por
Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1°
de abril de 1972. San José. 1972. 28 p. imp. N° 28.

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION *
PROVINCIAS * CANTONES * DISTRITOS *
SEXO * MIGRACION * TASA DE NATALIDAD
* MORTALIDAD * CUADROS ESTADISTICOS

760624

000539

Ministerio De Salubridad Pública. Costa Rica.

Memoria Anual 1971. San José. 1972. 40 p.
imp.

COSTA RICA * M.S.P. * POBLACION URBANA
* POBLACION RURAL * GRUPO DE EDAD *
SEXO * PLANIFICACION FAMILIAR * ANTI-
CONCEPCION * TASAS DE NATALIDAD *
CUADROS * INFORME ANUAL *

760624

a/a
S/T

a/a
S/T

000552

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por
Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1°
de julio de 1972. San José. 1972. 28 p. imp. N° 29.

COSTA RICA * D.G.E.C. * PROVINCIA * CAN-
TONES * DISTRITOS * POBLACION * GRUPOS
DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD *
MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS
ESTADISTICOS *

751009

000550

Dirección General De Estadística Y Censos. Costa
Rica.

a/a
S/T

000553

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1° de Octubre de 1972. San José. 1973. 28 p. imp. N° 30.

NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

751009

a/a
S/T

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

000556

Dirección General de Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1° de Enero de 1974. San José. 1975. 28 p. imp. N° 33.

730423

a/a
S/T

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

000554

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias Cantones y Distritos estimación al: 1° de enero de 1973. San José. 1973. 28 p. imp. N° 31.

a/a
S/T

751009

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

000557

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias, Cantones y Distritos estimación al 1° de julio de 1974. San José. 1975. 28 p. imp. N° 34.

751009

a/a
S/T

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

760624

000555

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1° de julio de 1973. San José, 1973. 28 p. imp. N° 32.

a/a
S/T

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE

000558

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por

Provincias, Cantones y Distritos estimación al 1° de Enero 1975. San José. 1975. 28 p. imp. N° 35.

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

7 60624

a/a
S/T

000561

Dirección General De Estadística Y Censos. Costa Rica.

Tablas Abreviadas de vida, Costa Rica—1963. San José. s.f. 32 p. imp. Revista de Estudios y Estadísticas N° 6 serie demográfica N° 4.

COSTA RICA * D.B.E.C. * TABLAS DE VIDA * POBLACION * SEXO * CUADROS * GRAFICOS *

760624

a/a
S/T

000559

Dirección General De Estadística Y Censos.

Población de la República de Costa Rica por Provincias, Cantones y Distritos estimación al: 1° de julio 1975. San José. 1976. 28 p. imp. N° 36.

COSTA RICA * D.G.E.C. * POBLACION * PROVINCIA * CANTONES * DISTRITOS * GRUPOS DE EDAD * SEXO * TASAS DE NATALIDAD * MORTALIDAD * MIGRACION * CUADROS ESTADISTICOS *

760624

a/a
S/T

000562

Alfaro, Jorge. Gómez B., Miguel. Ruiz, Javier y otro.

Tablas De Vida De Costa Rica 1962-1964. s.l. Instituto Centroamericano De Estadística. 1967. 79 p. imp. serie económica y estadística N° 24.

COSTA RICA * TABLAS DE VIDA * POBLACION * SEXO * CUADROS * GRAFICOS *

760624

a/a
S/T

000560

Dirección General De Estadística Y Censos. Costa Rica.

Tablas de Vida De Costa Rica 1949-1951. San José. 1957. 33 p. imp.

COSTA RICA * D.G.E.C. * TABLAS DE VIDA * POBLACION * HOMBRE * MUJER * SEXO * CUADROS *

760624

a/a
S/T

000570

Grupo de Población Dinámica, Universidad de Illinois.

Proyecciones sobre la población de Costa Rica. s.n.t. 11 p. imp.

COSTA RICA * POBLACION * GRUPOS DE EDAD * SEXO * PROYECCION * GRAFICOS *

760624

a/a
S/T