

## Los medicamentos genéricos en Colombia: industria, políticas de salud y *farmaceutización* durante la década de 1960<sup>❶</sup>

Víctor Manuel García

*L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, CERMES3, Francia*

DOI: [dx.doi.org/10.7440/histcrit65.2017.06](https://dx.doi.org/10.7440/histcrit65.2017.06)

Artículo recibido: 12 de diciembre de 2016/Aprobado: 09 de mayo de 2017/Modificado: 22 de mayo de 2017

**Cómo citar:** García, Víctor Manuel. “Los medicamentos genéricos en Colombia: industria, políticas de salud y *farmaceutización* durante la década de 1960”. *Historia Crítica* n.º 65 (2017): 115-137, doi: [dx.doi.org/10.7440/histcrit65.2017.06](https://dx.doi.org/10.7440/histcrit65.2017.06)

**Resumen:** Este artículo analiza la historia de la emergencia del mercado de genéricos en Colombia durante la década de 1960 y muestra que esta fue a la vez el resultado de la confluencia de un sector industrial local, un grupo industrial estadounidense y una política farmacéutica estatal. A partir del análisis de documentos del Ministerio de Salud, de la prensa nacional y extranjera, y entrevistas con algunos de los actores, se muestra que el Ministerio de Salud y sus funcionarios establecieron una política pionera en el continente, la cual fortaleció el control de calidad a los medicamentos genéricos y fue favorable a su difusión. El Estado colombiano fungió como un actor de regulación capaz de propiciar la armonización entre los intereses de la industria y la sociedad por el acceso a la salud. La estrategia de popularización del consumo de genéricos por parte del Gobierno y de la industria fue un primer paso hacia la *farmaceutización* de la sociedad.

**Palabras clave:** *Industria farmacéutica, políticas de salud, Colombia (Thesaurus); medicamentos, farmaceutización (Autor).*

### Generic Medications in Colombia: Industry, Health Policies and *Pharmaceuticalization* during the 1960's

**Abstract:** This article analyses the history of the emergence of generic medications in Colombia during the 1960's. It exposes that this emergence was the result of a merging between an industrial local sector, an industrial group from the United States and a pharmaceutical policy of the State. From the analysis of documents retrieved from the Ministry of Health, from the national and foreign press and some interviews with stakeholders, it is clear that the Ministry of Health and some of its workers established a pioneering policy within the continent. This policy strengthened the quality control of generic medications and it supported its diffusion. The Colombian State acted upon as an actor capable to regulate the harmonization between the benefits for the industry and the society seeking access to health. A first step taken by the Government and the industry toward the *pharmaceuticalization* of the society was the strategy of generics' consumption.

**Keywords:** *Pharmaceutical industry, health policies, Colombia (Thesaurus); medications, pharmaceuticalization (Author).*

❶ El artículo hace parte de la tesis de doctorado en curso, *La construction et la régulation de l'industrie et du marché des médicaments en Colombie (1920-1970): Contribution à une histoire de la mondialisation du médicament*, realizada en la EHES-CERMES3 (Francia), bajo la dirección de Maurice Cassier y J-P Gaudillière. La investigación ha sido financiada por la EHES y el CERMES3. El autor agradece a Maurice Cassier y a J-P Gaudillière, cuya generosidad en la orientación de esta investigación ha sido invaluable. También agradece a los evaluadores anónimos de la Revista, cuyos comentarios ayudaron a mejorar el texto, y a Jeremy A. Greene, quien puso al autor tras las huellas de las relaciones entre industriales colombianos y estadounidenses.

## Os medicamentos genéricos na Colômbia: indústria, políticas de saúde e farmacéutização durante a década de 1960

**Resumo:** Este artigo analisa a história da emergência do mercado de genéricos na Colômbia durante a década de 1960 e mostra que esta foi ao mesmo tempo o resultado da confluência de um setor industrial local, de um grupo industrial estadunidense e de uma política farmacêutica estatal. A partir da análise de documentos do Ministério da Saúde, da imprensa nacional e internacional, e de entrevistas com alguns dos atores, mostra-se que o Ministério da Saúde e seus funcionários estabeleceram uma política pioneira no continente, a qual fortaleceu o controle de qualidade dos medicamentos genéricos e foi favorável à sua difusão. O Estado colombiano atuou como um ator de regulamentação capaz de propiciar a harmonização entre os interesses da indústria e os da sociedade pelo acesso à saúde. A estratégia de popularização do consumo de genéricos por parte do governo e da indústria foi o primeiro passo à *farmacéutização* da sociedade.

**Palavras-chave:** *Colômbia, políticas de saúde; medicamentos; (Thesaurus) farmacéutização, indústria farmacêutica (Autor).*

### Introducción

En julio de 1962, una nueva mercancía hace su aparición en el mercado colombiano: el medicamento genérico. Los titulares de la prensa refieren que, gracias a su disponibilidad, por primera vez un 80% de la población tendría acceso a la salud y que una considerable rebaja —entre el 50 y el 91%— en el precio habitual de los medicamentos se materializaría muy pronto. A pesar de sus débiles ingresos, una masa considerable de consumidores podría eventualmente acceder a los beneficios del progreso técnico de la sociedad, en especial a los nuevos fármacos, que, como los antibióticos, hormonas, vitaminas, ansiolíticos y cardiotónicos, representaban la posibilidad de reducir la incidencia de múltiples enfermedades. El exministro de Industrias, Joaquín Vallejo Arbeláez (1912-2005), presidente de Droguerías Aliadas, quien se adjudicaba la introducción de los genéricos al país, no dudaría en calificar su empresa como “la revolución más dramática y más importante del siglo”<sup>1</sup>. Pues, además “de salvar la libre empresa y la industria privada”, también estimulaba la investigación de nuevas sustancias básicas y resolvía el problema del acceso a los medicamentos. Según Vallejo, esa revolución se apoyaba sobre cinco pilares: la simplificación de la publicidad farmacéutica; la producción en masa; la facilidad de la prescripción por nombre genérico; las ventajas en la simplificación de los *stocks*, y el control más estricto de la calidad. Cada pilar planteaba problemas de organización industrial y de regulación que serían debatidos con ahínco en los meses siguientes<sup>2</sup>.

Dado que los genéricos eran ofrecidos a precios radicalmente bajos, golpeó los intereses de la competencia, en su mayoría perteneciente a firmas multinacionales de la Asociación de Fabricantes de Drogas (Afidro). El éxito del nuevo objeto fue evidente, ya que, en 1963, el grupo de fabricantes de genéricos McKesson & Robbins y Organización Farmacéutica Americana (OFA) había ya lanzado 51 productos al mercado; en 1964, al introducir el antibiótico tetraciclina, su número se elevó a 79; y en 1965, esa línea de genéricos comprendía ya un listado

1 “La Revolución más dramática e importante del siglo es la de los Genéricos: Vallejo”, *El Colombiano*, 30 de mayo, 1963, 9.

2 “Reducción del 50% en precio de Drogas. Declaraciones de Joaquín Vallejo Arbeláez”, *El Tiempo*, 20 de mayo, 1962, 1-18.

de 130 productos. Se trataba ante todo de principios activos conocidos y prescritos de forma cotidiana por los médicos<sup>3</sup>.

El medicamento es diferente a las otras mercancías, debido a su doble identidad. Se trata de un producto de salud, necesario para prevenir la enfermedad, que puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte, pero a la vez es fabricado y comercializado con el objeto de producir ganancias. El interés privado por el lucro y la necesidad pública de la salud constituyen sus dos polos en tensión permanente. Sin embargo, durante la década de 1960, Colombia fue uno de los primeros países del mundo en impulsar un nuevo mercado para los medicamentos genéricos y en construir una política farmacéutica que regulara su circulación. Estableció, así, una primera iniciativa que buscaba ligar la ampliación del derecho a la salud con el acceso a los medicamentos. Aunque se trataba de un país pobre, con una industria farmacéutica incipiente y con instituciones relativamente débiles, el Estado colombiano se presentó como un actor de regulación capaz de propiciar la armonización entre industria, innovación y acceso a la salud. Este hecho llamó la atención de países vecinos que se interesaron en el asunto, ya fuera para promover políticas similares o para importar esos medicamentos<sup>4</sup>. Desde los años 1960, los medicamentos genéricos se han mostrado como una alternativa industrial susceptible de multiplicar las posibilidades de acceso a la salud por parte de poblaciones desfavorecidas. Como lo muestran Maurice Cassier y Marilena Correa, las industrias de genéricos no sólo se distinguen por sus dispositivos de *copiado* de moléculas, sino además por actividades de innovación. Sin las tecnologías desarrolladas en estas industrias, un país como Brasil no habría podido hacer frente a la epidemia de sida en años recientes<sup>5</sup>.

Por otro lado, hay que recordar que la política de impulso al consumo de medicamentos genéricos se desarrolló en un contexto continental de fortalecimiento y dinamización de las relaciones diplomáticas entre Estados Unidos y América Latina. Como lo ha estudiado Diana Rojas, el programa de la Alianza para el Progreso partía de la premisa según la cual, el mejor antídoto para la revolución socialista era fomentar el desarrollo económico, que se traduciría en la salida de la extrema pobreza de las poblaciones. Por esto, la Alianza propuso, entre sus objetivos, la mejora de los sistemas de salud de los países concernidos e hizo de Colombia el segundo país receptor de la ayuda estadounidense, detrás de Brasil y casi a la par de Chile<sup>6</sup>. Igualmente, Colombia fue elegido como país modelo para ensayar las políticas de modernización del sistema de salud antes de ser llevadas a otros países de la región. Esto comprendía la creación de numerosos centros de salud, la modernización de los hospitales y la mejora de la coordinación entre el Ministerio y sus subdivisiones administrativas

---

3 “MK anuncia la distribución en Medellín y Antioquia de su primera línea de Especialidades farmacéuticas genéricas”, *El Colombiano*, 10 de agosto, 1962, 7; “Continúa programas de abaratamiento de drogas”, *El Colombiano*, 1 de marzo, 1964, 6; “Con 130 productos los laboratorios OFA y McKesson cumplen sus 3 años”, *El Colombiano*, 28 de agosto, 1965, 4-21.

4 José Félix Patiño (médico y académico), en discusión con el autor, 11 de junio de 2013; “Delegación médica de Panamá llegó para estudiar Plan de Drogas”, *El Espectador*, 14 de agosto, 1964, 1.

5 Maurice Cassier y Marilena Correa, “Intellectual Property and Public Health: Copying of HIV/Aids Drugs by Brazilian Public and Private Pharmaceutical Laboratories”. *RECIIS. Electronic Journal Communication, Information & Innovation in Health* 1, n.º 1 (2007): 83-90, doi: dx.doi.org/10.3395/reciis.v1i1.38en

6 Rojas indica que “entre 1961 y 1969 Colombia recibió US\$ 885 millones correspondientes al 12% del total de los recursos entregados por el programa en América Latina, mientras Brasil representó el 30%”, en Diana Rojas, “La Alianza para el Progreso en Colombia”. *Análisis Político* 23, n.º 70 (2010): 91-124.

departamentales<sup>7</sup>. En tal sentido, la emergencia de los medicamentos genéricos, y de una política que impulsó y reguló su circulación, se enmarca en este contexto, donde la mejora en la salud se convirtió en un activo de las élites políticas<sup>8</sup>.

En Estados Unidos, la historia de las políticas de regulación y de la industria farmacéutica ha mostrado el papel fundamental de los genéricos como factor de regulación del mercado y de garantía de la salud pública. Jeremy Greene, por ejemplo, en su libro *Generic. Unbranding the Modern Medicine*, estudió la organización de las firmas de genéricos estadounidenses, y analiza los debates a la luz de las investigaciones desarrolladas por el *Subcommittee on Antitrust and Monopoly* del Senado estadounidense. Dirigido por el senador demócrata Estes Kefauver (1903-1963), ese subcomité efectuó entre 1959 y 1962 la primera gran investigación sobre el funcionamiento de la industria farmacéutica, con miras a ampliar las regulaciones federales en ese sector. Asimismo, dicho subcomité discutió la posibilidad de ampliar la prescripción de genéricos como factor central en la competencia y en el ahorro en el sistema de salud. Greene indica que la industria de genéricos se benefició de la publicidad otorgada a los debates suscitados por esas investigaciones. Entre los beneficiarios de esa visibilidad mediática estaba la firma McKesson & Robbins, la cual pronto se lanzó a la distribución de genéricos<sup>9</sup>. Su plan de negocios volcó rápidamente su mirada al Sur, donde obtuvo un destacado apalancamiento, gracias a la innovación que representaban. Este artículo retoma esa pista y analiza el destino de esa firma en Colombia para mostrar la configuración de una nueva geografía farmacéutica.

Las investigaciones en el campo de la historia de la industria farmacéutica colombiana han mostrado que en el siglo XX, desde muy temprano y en diversas regiones del país, emergieron diversas firmas locales que, a pesar de su modesta organización, empujaron con dinamismo el mercado de medicamentos<sup>10</sup>. Desde 1983, Germán Velásquez ha llamado la atención sobre la importancia del estudio de la organización de las políticas farmacéuticas que conjugan la producción, la distribución y el acceso a los medicamentos, como alternativas de mejora en la salud pública de los países pobres<sup>11</sup>. Sin embargo, en Colombia el análisis histórico de esas políticas y de las industrias de genéricos ha sido poco abordado por los investigadores. Estos se han interesado principalmente en los problemas contemporáneos de la regulación de precios

7 “Plan decenal del Ministerio de Salud Pública 1962-1971”, en *Desarrollo de la Alianza para el progreso* (Bogotá: Ministerio de Salud Pública, 1961).

8 Organización de los Estados Americanos, *La marcha Doctrinaria y Política de la Alianza para el Progreso. Informe sobre la ejecución de mandatos y recomendaciones de los órganos y reuniones del Sistema Interamericano* (Washington: Unión Panamericana, 1964), 6.

9 Jeremy A. Greene, *Generic. Unbranding the Modern Medicine* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014), 65.

10 María Fernanda Erazo, “De lo artesanal a lo industrial. La consolidación de la industria de medicamentos en Cali (Colombia, 1876-1944)”. *Historia Crítica* n.º 62 (2016): 143-163; dx.doi.org/10.7440/histcrit62.2016.07, 28; Víctor Manuel García, “Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud. La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín 1930”. *Historia Crítica* n.º 46 (2012): 110-131, doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit46.2012.07; Víctor Manuel García, *Remedios secretos y drogas heroicas. Historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2008); Maryelis Rivero, *Laboratorios Román: origen de la industria farmacéutica colombiana* (Cartagena: Universidad Tecnológica de Bolívar, 2005). Hugo Sotomayor et al., *El medicamento en la historia de Colombia* (Bogotá: Schering-Plough, 1997).

11 Germán Velásquez, *L'industrie du médicament et le tiers monde* (París: L'Harmattan, 1983).

frente a las nuevas reglas de propiedad intelectual y las necesidades de la salud pública en el contexto de la globalización<sup>12</sup>.

Al estudiar la historia de estos productos, sus modos de existencia y los debates que rodearon su circulación, este artículo entonces pretende contribuir con una perspectiva de más largo aliento para resituar los elementos que han alimentado las relaciones entre industria, medicamentos, Estado y salud pública desde la década de 1960. Frente a un incipiente sistema de salud, la *farmaceutización* de la sociedad, a través principalmente del consumo de genéricos, se presentó como una alternativa estratégica para garantizar el acceso a la salud de la población más pobre.

Este artículo integra, así, la historia de los medicamentos con la de la industria farmacéutica y la de las políticas de salud. Si los consumidores como tales están delineados de una forma tímida e indirecta es porque estos se expresaban poco en las fuentes usadas por el historiador. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que los consumidores eran principalmente espectadores de los medios de comunicación. La prensa, la radio y la televisión, al publicitar las empresas farmacéuticas y sus productos, se convirtieron en un escenario privilegiado de la discusión sobre el problema del precio, la regulación y el acceso a los medicamentos. La información cada vez más amplia que comienza a circular sobre los medicamentos empuja al paciente a una mayor autonomía respecto al control ejercido por la medicina. Con la popularización de los medicamentos a través del genérico, la *farmaceutización* de la sociedad colombiana estaba también en proceso de establecerse. La *farmaceutización* se entiende, en un primer sentido, como el proceso mediante el cual la práctica médica pierde terreno frente a una industria farmacéutica cuyos productos comienzan a ser consumidos de forma masiva y cuyas vías de adquisición e información se multiplican gracias a los medios de comunicación<sup>13</sup>. Antropólogos de la salud, como João Biehl, apuntan un segundo sentido de la *farmaceutización*, entendida como el lugar cada vez más privilegiado que ocupa el acceso a los medicamentos en las políticas de salud pública. Hacer que la salud pública garantice la distribución y el aprovisionamiento de medicamentos. La población excluida sufre la carencia de los tratamientos<sup>14</sup>.

A partir del estudio de documentos del Ministerio de Salud, la prensa y entrevistas con algunos de los actores, aquí se analiza la historia de la emergencia del mercado de genéricos en Colombia durante la década de 1960 y se muestra que esta fue a la vez el resultado de la confluencia de un sector industrial local, un grupo industrial estadounidense y una política farmacéutica estatal. La primera parte del artículo examina las estrategias publicitarias de los fabricantes de genéricos, para observar cómo lograron diferenciar un producto que sería por definición *similar* a los demás. En la segunda parte se aborda el debate sobre la naturaleza del medicamento genérico que confrontó a los médicos colombianos y la ausencia de consenso sobre las bondades y los riesgos de su uso. En la tercera parte se analiza la intervención del Ministerio de Salud y sus funcionarios para poner en marcha una política farmacéutica nacional, que se apalancó en los genéricos para resolver el problema social del acceso a la salud.

---

12 Tatiana Andia, "The Invisible Threat: Trade, Intellectual Property, and Pharmaceutical Regulations in Colombia", en *Intellectual Property, Pharmaceuticals and Public Health: Access to Drugs in Developing Countries*, editado por Kenneth C. Shadlen, Samira Guennif, Alenka Guzman y Narayanan Lalitha (Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2011), 77-109, doi: dx.doi.org/10.4337/9780857938619.00009

13 Simon J. Williams, Paul Martin y Jonathan Gabe, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis". *Sociology of Health & Illness* 33, n.º 5 (2011): 710-725, doi: dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x

14 João Biehl, "Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics". *Anthropological Quarterly* 80, n.º 4 (2007): 1083-1126, doi: dx.doi.org/10.1353/anq.2007.0056

## 1. “La droga barata”: el marketing de MK y la construcción de una marca de confianza

En 1962, la industria farmacéutica colombiana estaba conformada por 306 laboratorios (incluidos aquellos dedicados a la producción de cosméticos, perfumes y productos veterinarios) y contaba con cerca de 15.200 empleados<sup>15</sup>. Buena parte de estas firmas eran filiales de firmas farmacéuticas internacionales que, debido a la política de sustitución de importaciones, se instalaron en el país desde mediados de la década anterior asegurando la importación de principios activos, su formulación, empaque y distribución<sup>16</sup>. Por su parte, la industria de genéricos estaba conformada por la firma OFA, resultado de la *joint venture* entre empresarios estadounidenses y colombianos (McKesson & Robbins Inc y Droguerías Aliadas). Desde 1960, las dos firmas habían acordado trabajar juntas para aumentar la escala de su comercio en Colombia y expandir sus operaciones a otros países del continente<sup>17</sup>. McKesson invirtió 22.500.000 pesos en la compra de la mitad de los activos de Droguerías Aliadas. Este era el grupo farmacéutico de capital local mejor posicionado, tanto por sus redes comerciales como por la trayectoria de las firmas que lo conformaban.

MK-OFA se posicionó en el mercado a través del uso estratégico de los medios de comunicación. Los primeros trece genéricos (Cloranfenicol, cloroquina, reserpina, vitamina B12, tiamina, prednisólona, digitoxina, entre otros) fueron publicitados en páginas dobles del diario de mayor circulación del país, en julio de 1962. La estrategia de promoción subrayaba tres elementos: los precios de los genéricos MK, que, comparados con los productos originales, representaban un alto porcentaje de ahorro para el consumidor, el control de calidad efectuado tanto en Estados Unidos como en Colombia y la confianza inspirada por el respaldo de McKesson, una firma de larga trayectoria internacional<sup>18</sup>.

La campaña publicitaria de MK-OFA precedió algunas semanas al lanzamiento de los productos. Tiempo suficiente para acrecentar un debate sobre esa nueva mercancía, que concernía a la vez a la industria farmacéutica, la salud pública, la profesión médica y los consumidores. En sólo unas cuantas semanas, periodistas, empresarios, políticos y médicos agitaron la cuestión del medicamento genérico como tema de actualidad nacional. El número considerable de artículos, e incluso de caricaturas sobre el tema, sugieren que el genérico irrumpió en la cultura popular para significar no sólo la posibilidad de acceso a la salud, sino también aquello que podía ser “lo mismo pero más barato”, o incluso de mala calidad.

Mientras que las empresas de genéricos valorizaban su débil inversión en la publicidad, el Departamento de *Marketing* de MK-OFA realizaba esfuerzos considerables para captar la atención de médicos y consumidores. Si bien el anuncio de medicamentos de prescripción por fuera de las revistas dirigidas a médicos y farmacéuticos estaba prohibido por la ley (Colombia en 1920 y

---

15 Jorge Vélez García, “Aspectos económicos de la Industria farmacéutica”, en *Un problema industrial*, editado por Francisco de Paula Pérez y Álvaro Copete Lizarralde (Bogotá: El Gráfico, 1963), 96.

16 Jaime García Parra, *La industria farmacéutica colombiana, 1953-1959* (Bogotá: Suramericana, 1960).

17 “Exportación de drogas en grande escala iniciará pronto Colombia. Entrevista a Joaquín Vallejo”, *El Colombiano*, 23 de junio, 1960, 1-20.

18 Por ejemplo, el cloranfenicol de 250 mg, un antibiótico de amplio espectro, costaba 2,88 pesos por cápsula en producto de marca, mientras que el genérico de OFA-MK sólo costaba 0,25 centavos. La cloroquina de 250 mg, medicamento fundamental para la malaria, costaba normalmente 43 centavos por pastilla de marca, pero en presentación genérica se reducía a sólo 20 centavos. “MK Laboratories”, *El Tiempo*, 18 de julio, 1962, 10-11.

Estados Unidos en 1938), durante todo el siglo XX, las empresas farmacéuticas continuaron desarrollando en paralelo un *marketing* en la prensa popular, cuyo objeto era la consolidación de la imagen corporativa. Jeremy A. Greene y David Herzberg mostraron que, si bien no se publicitaba un medicamento en particular, sí se promocionaba el nombre de la empresa fabricante para conseguir un resultado similar en el posicionamiento de la marca<sup>19</sup>. Así, y a través de amplios anuncios en la prensa popular, MK buscó difundir las ventajas que el consumidor podría sacar de los precios y de la calidad de sus productos. Apuntaban a cultivar en el paciente el hábito de pedir al médico la prescripción del genérico y de preguntar en la farmacia por “la droga barata”. Por esto, sus anuncios incluían en ciertos casos el nombre y los precios de los productos lanzados al mercado, y, en otros, realizaban un mapa de las farmacias que los vendían<sup>20</sup>.

La serie de publicidades que MK hace circular en la prensa revela también nuevas estrategias del mercadeo de los genéricos. MK buscaba contestar la idea según la cual las firmas fabricantes de genéricos eran empresas anónimas, sin tradición en la producción y en el control de la calidad. Las publicidades daban tres argumentos para que médicos y pacientes confiaran en el nuevo producto. Primero, concerniente a las sustancias usadas, los principios activos procedían de fabricantes mundialmente reconocidos y tenían por lo menos la misma calidad, y a menudo un origen similar al de su competencia de marca. Segundo, en cuanto al personal y equipamiento, la firma contaba con diez profesionales (entre ellos, médicos, farmacéuticos y bacteriólogos diplomados en Colombia, algunos de ellos especializados en otros países), y la producción se efectuaba en una “fábrica recién equipada con modernos equipos e instalaciones, lo cual le permitía tener un sofisticado sistema de control”. Finalmente, otro activo de los nuevos genéricos era el hecho de contar en Colombia con la asistencia científica proporcionada por una firma internacional de la tradición de McKesson & Robbins, cuya fábrica en Bridgeport (Connecticut, Estados Unidos) tenía aprobación de la Federal Drugs Administration (FDA)<sup>21</sup>. MK-OFA apostó a construir una nueva identidad de su propia marca, pues su producto tenía que ser lo mismo (genérico), pero diferente, para conquistar el prestigio necesario y ser exitoso en el mercado. El genérico no sería entonces el medicamento indiferenciado, sino aquel que, vendido a bajo costo, contaba además con la garantía de calidad de la organización fabricante y tenía la misma eficacia que el original.

Una ventaja que favorecía el buen posicionamiento de MK-OFA residía en el hecho de que la mayoría de los medicamentos ofrecidos eran ya productos ampliamente conocidos y muy presentes en el vocabulario de los médicos. De esta manera, podía ahorrarse la contratación de numerosos visitantes médicos, lo que les permitía ofrecer precios mucho más competitivos<sup>22</sup>. Otra novedad desarrollada por MK-OFA fue el empaque de sus medicamentos por unidad, y no por frascos o cajas, como era la costumbre. De esa forma, los pacientes sólo compraban la cantidad necesaria para el tratamiento (ver la imagen 1).

---

19 Jeremy A. Greene y David Herzberg, “Hidden in Plain Sight. Marketing Prescription Drugs to Consumers in the Twentieth Century”. *American Journal of Public Health* 100, n.º 5 (2010): 793-803, doi: dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.181255; Víctor Manuel García, *Remedios secretos y drogas heroicas*.

20 “Cerca de su casa están las especialidades genéricas MK”, *El Tiempo*, 24 de junio, 1964, 8-9.

21 “MK Laboratories”, 10-11; “McKesson Laboratories anuncia que inicia su distribución en Medellín”, *El Colombiano*, 10 de agosto, 1962, 7.

22 Gloria Pachón Castro, “Los grandes temas nacionales. El programa de las drogas genéricas frente a la industria farmacéutica”, *El Tiempo*, 13 de octubre, 1963, 1-27.

Imagen 1. Publicidad MK-OFA

**CADA PRODUCTO MK TIENE DOS CERTIFICADOS DE ANALISIS QUE EL MEDICO PUEDE SOLICITAR**

- 1º Las sustancias terapéuticas que se utilizan en la elaboración de las Especialidades Farmacéuticas Genéricas MK proceden de fabricantes mundialmente calificados, cuyos nombres serán suministrados al Honorable Cuerpo Médico en el momento que lo solicite.
- 2º 16 profesionales: Médicos, Farmacólogos, Químicos, Farmacéuticos y Bacteriólogos, graduados en el país y muchos de ellos con estudios de especialización en el exterior, integran el comando técnico y científico a cuyo cargo está la responsabilidad de la elaboración de las Especialidades Farmacéuticas Genéricas MK que se realiza en planta industrial especialmente dotada con los más modernos equipos e instalaciones y con los más avanzados sistemas de control.
- 3º A estos factores debe agregarse la asistencia permanente de Monroson, Cien Años de Experiencia en el campo de la Industria Farmacéutica, y de sus Laboratorios de control de calidad de Bridgeport (Connecticut) Estados Unidos.

Cada producto MK se expende por unidad, en sobre individualmente certificado y sellado, no solo para mayor protección sino para asegurar el cumplimiento exacto de las dosis prescritas en la receta médica.

*El vademécum de estos productos está siendo enviado al Honorable Cuerpo Médico Colombiano. Si no es recibido oportunamente, rogamos a los señores médicos avisar a nuestro apartado aéreo 2355 de Medellín o al teléfono 251 29*

Las especialidades farmacéuticas genéricas MK se expenden bajo receta médica y no tienen literatura distinta al vademécum distribuido a los señores médicos

Fuente: “McKesson Laboratories”, *El Tiempo*, 18 de julio, 1962, 11-12.

Si, por un lado, había estrategias dirigidas a los consumidores, había otras que buscaban conquistar la simpatía de los médicos, quienes en un principio estaban bastante renuentes a prescribirlos. MK-OFA aprovecha la popularidad de una de las primeras series de televisión estadounidense, la cual recreaba la vida cotidiana del mundo médico: *Dr. Kildare* (NBC, entre 1961-1966) escenificaba la trayectoria profesional de un joven médico que debía aprender de su tutor cómo enfrentar las dificultades diarias del oficio<sup>23</sup>. Con el apoyo financiero de McKesson, esta serie fue transmitida en la televisión colombiana a partir de 1963<sup>24</sup>. La figura del *Dr. Kildare*, personificado por el apuesto actor estadounidense Richard Chamberlain (1934-), acompañaba la publicidad impresa de los medicamentos recientemente lanzados al mercado (ver la imagen 2).

23 El personaje Dr. Kildare aparece desde 1930 y acompaña desde esa época la cultura de los medios de comunicación estadounidenses: se publican historietas, piezas de teatro, radionovelas y series de televisión. En los años 1960, esta serie adquiere mayor popularidad. Elliot B. Tapper, “Doctors on Display: The Evolution of Television’s Doctors”. *Baylor University Medical Center Proceedings* 23, n.º 4 (2010): 393-399; Martin Winckler, “Les médecins du grand au petit écran”. *Les Tribunes de la santé* 2, n.º 11 (2006): 23-30, doi: dx.doi.org/10.3917/seve.011.30

24 “El honorable cuerpo médico. Dr. Kildare”, *El Tiempo*, 7 de mayo, 1963, 9; “Dr. Kildare”, *El Colombiano*, 17 de agosto, 1963, 19.

Imagen 2. “El honorable cuerpo médico” y “Dr. Kildare”



Fuente: “McKesson Laboratories”, *El Tiempo*, 7 de mayo, 1963, 9, y “McKesson Laboratories”, *El Colombiano*, 17 de agosto, 1963, 19.

Para construir el valor de sus productos, MK-OFA emulaba las estrategias de las empresas farmacéuticas tradicionales, las cuales declaraban la importancia del médico para el bienestar de la salud pública. El acceso a la salud debía realizarse a través del médico, quien seguía siendo el principal agente mediador entre la industria y el paciente-consumidor. Así, sus medicamentos genéricos podrían ser considerados tan “éticos” como los originales, pues no iban en contravía de los intereses del cuerpo médico, ni fomentaban la automedicación, sólo eran más baratos.

En las revistas especializadas, MK-OFA defendía el nombre genérico, no como una carencia que indiferencia su producto, sino porque el genérico hace referencia *al verdadero nombre* del medicamento, lo que además facilitaba su prescripción. De esta manera, el genérico no carecería del aura del medicamento de marca, pues este último, con todas sus variaciones, sólo sembraba la confusión. Según MK-OFA, el nombre genérico, conocido también con el nombre *oficial* o *técnico*, pues es este el que se encuentra en las farmacopeas, es aquel que posee la precisión del “lenguaje científico”<sup>25</sup>. Por lo demás, como lo anota José Félix Patiño, por ejemplo, en la Facultad, los estudiantes de Medicina aprendían los nombres de los medicamentos por su denominación genérica, y no de marca<sup>26</sup>. Sin embargo, en agosto de 1962, el reciente programa de la industria de genéricos y el interés del Gobierno por impulsar ese nuevo renglón del mercado no lograban todavía la aceptación unánime del cuerpo médico.

25 “Lo que falta para facilitar la prescripción médica y evitar la confusión”, *Antioquia Médica*, 14, n.º 6 (1964): 499.

26 Patiño, discusión.

## 2. Genéricos: un debate médico sin consenso

En el momento del lanzamiento de los medicamentos genéricos en Colombia, el cuerpo médico negó de cierta forma la identidad de los genéricos. Como indica Greene, a comienzos de la década de 1960, aparentemente el medicamento genérico no existía en ninguna parte. Lo que no quiere decir que no estuviera ya en circulación, sino que era un objeto cuya identidad estaba aún en formación<sup>27</sup>. Además, la significación de la palabra *genérico* entre la opinión pública era bastante variable y oscura. Por esto, nadie confiaba en él. Sus precios demasiado bajos levantaban sospecha. Muchos médicos expresaban su preocupación por el potencial peligro que podría representar la circulación de “productos anónimos o desconocidos”, pues sus fabricantes no serían firmas farmacéuticas susceptibles de certificar la calidad de sus productos. Las firmas de genéricos, por estar recién llegadas al mercado, tenían poco prestigio frente a las firmas llamadas “éticas”<sup>28</sup>. Tanto en Estados Unidos como en Colombia, el genérico fue aproximado a los productos de *imitación*, de los cuales no se podía esperar calidad porque, según algunos de sus detractores, eran fabricados de forma anónima e incluso clandestina. Todo esto se presenta en el contexto de una nueva ola de desconfianza frente al uso de medicamentos, desplegada por el escándalo de la talidomida. Médicos y autoridades de salud tomaron conciencia sobre los riesgos ligados al consumo de medicamentos y sobre la necesidad de reforzar su regulación<sup>29</sup>.

José Aníbal Cuervo, médico de amplia reputación en Medellín, fue entrevistado por el diario *El Colombiano* para conocer su posición. Según Cuervo, la solución al problema del acceso a los medicamentos no residía tanto en los genéricos como en una mayor regulación sobre los precios:

“[...] los genéricos tienen su importancia como factor decisivo en la rebaja de las drogas por parte de los laboratorios comerciales que actualmente operan en Colombia, lo que evidencia que realmente se obtienen lucros por encima de lo permisible y exigido en ética comercial. Hago resaltar este hecho porque nos conduce a pensar que el propio Gobierno podría estudiar mejor los costos de producción, capital de las compañías de drogas y todo lo demás que incida en costos, para luego proceder a decretar una rebaja en estos artículos de primera necesidad, tal y como lo hizo recientemente la junta militar del Perú, al decretar una rebaja inmediata del 30% de las drogas”<sup>30</sup>.

27 Greene, *Generic*, 53-89.

28 Conrad y Leiter referencian que desde 1847, la American Medical Association distinguía los medicamentos “éticos” como aquellos que sólo eran publicitados en revistas especializadas para médicos y farmacéuticos, caracterizadas por anunciar los ingredientes usados y referirse sólo a los efectos clínicamente corroborados, e incluso a sus efectos adversos. Por otro lado, estaban los “remedios secretos”, también llamados “patents medecins” o “productos charlatanescos”, de composición a menudo secreta, eficacia no comprobada, y cuya publicidad en los medios populares exageraba la bondad de sus efectos. Peter Conrad y Valerie Leiter, “From Lydia Pinkham to Queen Levitra: Direct-to-Consumer Advertising and Medicalization”. *Sociology of Health & Illness* 30, n.º 6 (2008): 825-838, doi: dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01092.x

29 La talidomida era un sedante prescrito para los malestares de los primeros meses de embarazo, el cual sería la causa de serias malformaciones genéticas, expresadas principalmente en las extremidades superiores e inferiores. Nils Kessel, “Doriden von Ciba: Sleeping Pills, Pharmaceutical Marketing, and Thalidomide, 1955-1963”. *History and Technology* 29, n.º 2 (2013): 153-168, doi: dx.doi.org/10.1080/07341512.2013.82850; “Recogidas dos drogas con Thalidomida en Colombia”, *El Espectador*, 15 de octubre, 1962, 1; Miryam Luz, “Colombia puede subsistir riesgo de la Thalidomida”, *El Espectador*, 13 de septiembre, 1962, 1.

30 José Aníbal Cuervo, “El problema de las ‘drogas genéricas’ no ha merecido la necesaria atención”, *El Colombiano*, 26 de agosto, 1962, 20.

La posibilidad de fabricar y comercializar productos a precios tan bajos sugería a muchos que algunos industriales se lucraban en exceso. El hecho de tratarse de ganancias demasiado altas, producto del comercio con la salud de la población, levantaba la idea de la injusticia practicada por la industria farmacéutica. Este argumento será también uno de los puntos de mayor controversia en los meses siguientes<sup>31</sup>. Cuervo agregaba:

“Los genéricos en nuestra manera de pensar tienen su importancia en las instituciones asistenciales, donde no hay interés de lucro para el expendedor y si el producto es genuino y tiene la dosis prescrita y exigida para la enfermedad, podría aceptarse, no así en el consumo al público, donde el farmacéutico queda, no autorizado, pero sí en condiciones de despachar una cápsula con almidón a cambio de un cloranfenicol y cuando esto se presente, dudo que haya una persona a la cual se pueda responsabilizar. Esto es tan real que basta pensar en un hecho concreto y lógicamente la casa productora de genéricos va a decir que ello produce fármacos genuinos y el farmacéutico dirá que despachó lo prescrito y como siempre, las consecuencias las sufre el pobre consumidor”<sup>32</sup>.

Las reservas de los médicos podrían levantarse si el Ministerio de Salud lograba implantar un sistema de control más estricto. Para muchos, la disminución general de los precios de los medicamentos sería una alternativa más conveniente. Otros pensaban que los genéricos serían vendidos sin ninguna marca ni empaque, lo que dificultaría la asignación de responsabilidad si el control de calidad fallaba. Esto da cuenta de un cierto desconocimiento sobre sus formas de circulación, pues el hecho de ser un genérico y no tener un nombre de marca a la cual se le hacen inversiones de mercadeo no anula la responsabilidad de la casa fabricante que sigue respaldando el producto. Finalmente, el médico Cuervo expone su principal duda:

“Resulta un tanto raro pensar, que un producto que valía dos pesos, ahora lo pueden dar a veinte centavos y que unos genéricos, no autorizados hasta hoy en ningún país del mundo, que conozca yo, por lo menos, lleguen al mercado con la bandera, muy loable por cierto de rebajar el costo de las drogas. Como dicen nuestros montañeros, esto tan bueno y ‘regalao’ que se lo coman los perros. Nosotros, en ningún momento dudamos de la honorabilidad de la empresa que respalda los genéricos. Nada tenemos contra ella y sus dirigentes son personas prestantes que en todo momento han sabido respetar el derecho de todos y han contribuido eficazmente al progreso de nuestras empresas. [...] Pero miro al mañana, cuando la plaza esté invadida de genéricos y los controles no aparezcan, como seguramente va a suceder, y observe que el panorama es oscuro y poco halagüeño”<sup>33</sup>.

La asociación simbólica entre el precio y la calidad, como describe Cuervo, no estaba ausente en el razonamiento de los galenos. La calidad y la eficacia del medicamento serían función del precio, y no de la calidad de los componentes y de las técnicas de fabricación. El precio elevado se traducían en garantía de la calidad.

Otro de los temores a los que aludían los médicos era la generalización de prácticas de automeedicación. Una medicina sin médicos era vista como un peligro en momentos en que la medicina

---

31 Carlos Sanín Aguirre, “¿Quién tiene la razón? las drogas y el control estatal”, *El Colombiano*, 2 de octubre, 1963, 3.

32 Cuervo, “El problema de las ‘drogas genéricas’”, 20.

33 Cuervo, “El problema de las ‘drogas genéricas’”, 20.

intentaba posicionarse como profesión liberal. Ese argumento era esgrimido a la vez por la industria farmacéutica tradicional y por los médicos que querían proteger su profesión frente a la suplantación de los farmacéuticos, quienes a menudo prescribían y vendían medicamentos sin fórmula médica. Para los médicos, el nombre de la marca permitía ocultar de una cierta forma el nombre del principio activo. Si este entraba abiertamente en la cultura del farmaceuta y del consumidor podría impulsar la automedicación y, lo que era peor, la usurpación del papel del médico en cuanto prescriptor<sup>34</sup>. El médico Mario Tobón iba más lejos al referenciar una supuesta experimentación terapéutica generalizada:

“Se le ha entregado al cuerpo médico unas cuantas drogas genéricas, sin el complemento de una demostración palpable de su eficacia y falta de toxicidad. Qué significa esto sino que el médico se va a convertir en un experimentador, pero con el agravante de que sus experimentos los va a efectuar en el organismo humano, y no en animales de laboratorio o en voluntarios humanos como ha sido el procedimiento científico y cristiano. [...] ¿Ha aportado la casa introductoria alguna noticia certera sobre el comercio de genéricos en otros países más adelantados que el nuestro y cuál es el modus operandi en aquellos países? ¿Cuáles son las restricciones que los gobiernos han impuesto a este tipo de terapéutica genérica?”<sup>35</sup>.

Sin embargo, Tobón se preguntaba, finalmente, “si no valdría la pena aprovechar las ventajas de estos”, pues, de todas maneras, “los genéricos eran prescritos en ciertos hospitales de Estados Unidos, de Europa, algunos países socialistas e incluso en el Instituto de Seguros Sociales en Colombia”<sup>36</sup>. Esta contradicción era sólo aparente, pues da cuenta de la importancia que daban los médicos a la regulación del mercado de medicamentos. Se necesitaba de una institucionalidad robusta que garantizara la calidad de los productos en circulación. En la práctica clínica, los médicos habían desarrollado un conocimiento del uso de ciertos medicamentos cuyas marcas eran sinónimo de calidad; su cambio por productos recién llegados exigía un respaldo institucional que los tranquilizara.

Aunque el debate sobre los genéricos implicaba un nivel técnico de alguna sofisticación, este no fue exclusivo de los médicos. Los periodistas y políticos también se interesaron considerablemente, difundiendo un ambiente de expectativa, y a veces de desconfianza, entre la opinión pública. Ni los médicos, ni los pacientes sabían qué esperar de ese medicamento. El hecho de que fuera usado en la asistencia social, tampoco era garantía de su calidad, ya que a los pobres no se les ofrecía necesariamente la mejor salud. Algunos pensaban que el Ministerio de Salud debía efectuar nuevos análisis a los medicamentos en circulación, pero se anotaba también que, mientras la oficina de control de medicamentos no tuviera los equipos necesarios, era inútil intentar cualquier forma de regulación<sup>37</sup>.

---

34 Reinaldo Escobar, “Problemas nacionales. El precio de las drogas”, *El Colombiano*, 19 de julio, 1962, 3-12.

35 Mario Tobón Uribe, “Tema del día: drogas baratas”, *El Colombiano*, 20 de agosto, 1962, 3-11; también puede consultarse: “Editorial: drogas baratas. Conquista del pueblo”, *El Colombiano*, 12 de agosto, 1962, 3.

36 Tobón Uribe, “Tema del día”.

37 “Fuerte Ataque al Gobierno hizo el gerente de Afidro”, *El Tiempo*, 8 de mayo, 1963, 16; Jaime García Parra, *Estudio económico sobre la industria farmacéutica en Colombia* (Bogotá: Afidro, 1959), 6; Pachón Castro, “Los grandes temas”, 1-27.

Si buena parte de los argumentos de los médicos eran legítimos, en la medida en que preferían recomendar lo que la práctica clínica indicaba como lo más confiable, vale la pena señalar que buena parte de los argumentos contra los medicamentos genéricos fueron fabricados por la industria farmacéutica estadounidense en tiempos de una batalla legislativa y publicitaria contra el Subcommittee on Antitrust and Monopoly, el cual discutía la posibilidad de ampliar la prescripción de genéricos como factor central en la competencia y en el ahorro en el sistema de salud. A esa iniciativa se opusieron ferozmente la Pharmaceutical Manufacturers Association (PMA) y la American Medical Association (AMA), movilizándolo, entre otros, los argumentos de la retórica de la Guerra Fría. Como bien lo ha mostrado Dominique Tobbell, a pesar de la débil capacidad de innovación de las industrias farmacéuticas soviéticas, la retórica movilizadora por PMA suponía que la competencia en ese campo era de la misma envergadura que la de la carrera espacial y del desarrollo armamentístico. En esa lógica, podía sostenerse que cualquier iniciativa que redujera las considerables ganancias de la industria afectaría eventualmente su capacidad de innovación, y, por lo tanto, era vista como enemiga del capitalismo y de la democracia. Las pretensiones de regulación del precio por parte del Gobierno federal fueron interpretadas como un temible síntoma del intervencionismo estatal propio del socialismo<sup>38</sup>.

Para PMA, la defensa de su *statu quo* equivalía a la defensa de la profesión médica. Ambas tendrían un mismo objetivo: evitar la incursión creciente del Estado en asuntos que sólo industriales y médicos debían manejar: la innovación farmacéutica y la prescripción<sup>39</sup>. En Colombia, ese discurso será reapropiado por el grupo Afidro, el cual afirmaba que el impulso a los genéricos ponía en riesgo a la industria farmacéutica tradicional y a la salud pública<sup>40</sup>. El tema circula con profusión en la prensa colombiana, y algunas caricaturas publicadas reciclan aquellas que en Estados Unidos cuestionaban las iniciativas de impulso a la prescripción de genéricos, logrando así que un sector de la opinión se acogiera a esas interpretaciones. Industriales y droguistas establecidos criticaban al Gobierno por pretender hacer *política social* a expensas del sector farmacéutico, que tanto beneficio, en términos de empleo y aumento de la calidad de vida, le había traído al país. Los genéricos aparecen a menudo como productos fabricados sin control de calidad.

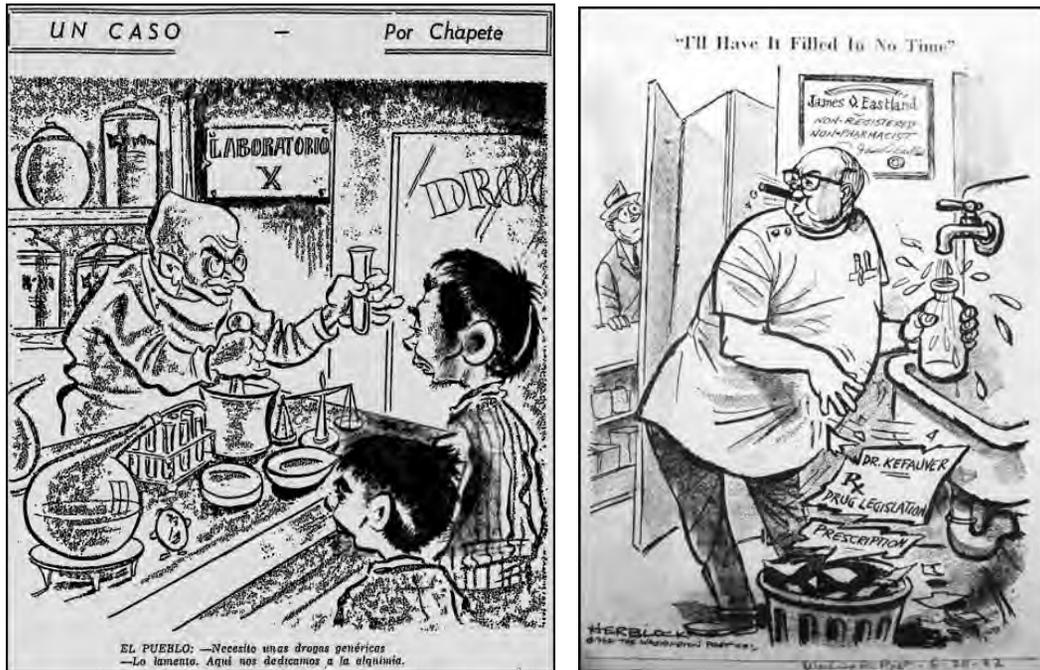
Una caricatura publicada en *El Tiempo* en 1963 muestra un farmacéutico-fabricante de genéricos representando un laboratorio anónimo: mientras “el pueblo” demanda productos de calidad, este sólo ofrece aquellos salidos de la “alquimia”. El motivo no es muy diferente a una caricatura publicada en el *Washington Post* un año antes, en la cual se criticaba un proyecto que autorizaría al farmacéutico a intercambiar el medicamento originalmente prescrito por un genérico. En la caricatura, el farmacéutico no cuenta con diploma, y sus genéricos son sólo agua corriente. La fórmula médica es despedazada y lanzada a la basura, para significar cómo la intercambiabilidad del medicamento afectaba el rigor de la prescripción poniendo en riesgo la calidad de la terapéutica misma (ver la imagen 3).

---

38 Dominique Tobbell, *Pills, Power, and Policy: The Struggle for Drug Reform in Cold War America and Its Consequences* (Berkeley: University of California Press, 2011), 100.

39 Tobbell, *Pills, Power, and Policy*, 100-105.

40 Ver también: Jorge Vélez García, “Aspectos económicos de la industria farmacéutica”, 25-51, y “La defensa de una industria”, *El Colombiano*, 28 de septiembre, 1963.

**Imagen 3.** Fabricantes de genéricos y cambios en la prescripción, en *El Tiempo* y *The Washington Post*

Fuente: *El Tiempo*, 16 de octubre, 1963, 4, y *The Washington Post*, 20 de junio, 1962.

La aceptación de los medicamentos genéricos por parte del cuerpo médico no era un asunto anodino, pues sin el concurso de quienes tenían el derecho a prescribir era muy difícil lograr la aceptación y difusión de esos productos entre la población. A falta de un consenso profesional sobre la bondad o el riesgo de los genéricos, se necesitaba el liderazgo de alguien cuya estatura académica y profesional no pudiera ser fácilmente contestada por ningún sector, capaz de generar un panorama de confianza entre médicos, industriales y consumidores frente a esa nueva mercancía.

### 3. El precio importa: el ministro José Félix Patiño y las políticas de lo similar

En junio de 1963, el ministro de Salud, José Félix Patiño, dicta una conferencia en la Universidad de Antioquia sobre el Plan de genéricos del Gobierno. Comienza su intervención proyectando una caricatura recientemente publicada en la prensa. *En la droguería* representaba un consumidor que pregunta al farmacéuta: “¿Conoce usted una droga genérica para la gripa?”. A lo que responde el farmacéuta: “Sí, una agua de panela con limón...” (ver la imagen 4).

**Imagen 4.** *En la droguería, 1962*



**Fuente:** *El Tiempo*, 1963.

Lo absurdo del humor de la caricatura permite a Patiño llamar la atención del auditorio sobre lo que él consideraba como uno de los obstáculos más grandes para la generalización del consumo de genéricos: la negación de su existencia en cuanto producto de salud, el cual tendría las mismas condiciones de eficacia y calidad que los originales de marca. La caricatura da cuenta también de la emergencia del genérico, no sólo como tema de actualidad nacional, sino además de su apropiación por parte de la opinión pública en cuanto nueva mercancía que entra en la cultura de los consumidores colombianos. Patiño afirmaba:

“He aquí el concepto que el pueblo colombiano tiene sobre los medicamentos genéricos y esto por dos razones: la primera, la falta de promoción de los productos genéricos; y segundo, debido al desconocimiento del precio de los medicamentos por parte del cuerpo médico. Estoy seguro que el 80% de los médicos es orientado por los visitadores médicos. Mientras que uno podría muy bien informarse a partir de las revistas científicas o incluso de su propio trabajo de investigación. La financiación de esa promoción o ‘propaganda’ de los medicamentos de marca es la causa de la alza en los precios de esos productos [...]”<sup>41</sup>.

Luego del lanzamiento de los medicamentos genéricos por parte del grupo MK-OFA se imponía para el Gobierno una tarea a la vez pedagógica y regulativa: disuadir a los médicos, farmacéutas y consumidores para que reconocieran en los genéricos una alternativa viable para el acceso a la

41 “Las drogas genéricas no obtienen venta porque los médicos ignoran sus precios”, *El Colombiano*, 24 de julio, 1963, 1-18; “Varios obstáculos traban la venta de los genéricos”, *El Tiempo*, 30 de junio, 1963, 14 .

salud. Esta tarea del Gobierno se logra gracias al papel desempeñado por el médico José Félix Patiño Restrepo. Este médico realizó dos años de estudios en Medicina en la Universidad Nacional, pero a causa del *Bogotazo* decide viajar a Estados Unidos y continuar allí su formación<sup>42</sup>. Después de haber realizado una exitosa formación en Medicina y Cirugía en la Universidad de Yale (Estados Unidos) y una triple residencia de Cirugía, Tórax y Cirugía Cardiovascular, Patiño regresó a Colombia a finales de la década de 1950. En Bogotá, enseñó en la Universidad Nacional y fue nombrado Jefe de Cirugía del Hospital Universitario de San Juan de Dios. En 1962, cuando el recién elegido presidente Guillermo León Valencia (1909-1971) le propuso formar parte de su gabinete, Patiño aceptó el portafolio de la Salud, con la sola condición de recibir apoyo en la política de impulso al mercado de genéricos<sup>43</sup>. El *Plan Patiño*, como sería conocido, le daría forma a las promesas de Valencia, quien durante la campaña presidencial y en su discurso de investidura había prometido la rebaja en el precio de los medicamentos. Valencia se refería a la reducción del precio de los medicamentos como un instrumento de “Revolución social”, el cual ayudaría a disminuir “la peligrosa brecha entre ricos y pobres” y a “consolidar la seguridad de la Patria”<sup>44</sup>.

Con su nombramiento, Patiño puso en marcha un programa para regular la entrada de nuevos competidores en el mercado de genéricos y garantizar la calidad y equivalencia de esos productos con respecto a los originales. Estudiar la política desarrollada por Patiño, y defendida posteriormente por Santiago Rengifo (ministro de Salud entre 1963 y 1965), excede los objetivos de este artículo, por lo que aquí se limitara el análisis a señalar sus principales elementos. Patiño ha sostenido que su principal fuente de inspiración en relación con la política estatal de genéricos fue la obra de Abraham Ribicoff (1910-1998), gobernador del estado de Connecticut (Estados Unidos) entre 1954 y 1960. Durante sus estudios en la Universidad de Yale, Patiño fue testigo de cómo Ribicoff incitó a los médicos de hospitales públicos y militares a prescribir genéricos y logró reducir considerablemente los gastos en salud pública<sup>45</sup>. Una vez posesionado en el Ministerio de Salud, Patiño y su equipo de trabajo viajan a Estados Unidos y se asesoran con funcionarios de la FDA, visitan la planta de producción de McKesson en Bridgeport y se entrevistan con los funcionarios del *Subcommittee on Antitrust and Monopoly* del Congreso de Estados Unidos. Con esa información, Patiño diseñará un *Plan de abaratamiento de drogas*, que se configura sobre tres arenas fundamentales: la economía política de la prescripción, la producción industrial y la equivalencia química.

En cuanto a la primera, se trataba de impulsar en el gremio médico la reflexión sobre el precio del medicamento antes de realizar la prescripción. De nada servía prescribir si el paciente no podía comprar el medicamento. Uno de los puntos debatidos en el período era cómo en la *mercancía de medicamento*, las leyes de la oferta y la demanda se encuentran trastocadas, en la medida que quien escoge el producto (el médico que prescribe) no es aquel que realiza la compra (el paciente). Por eso, Kefauver, y luego Patiño, hablaban de un “consumidor cautivo”, pues en el mercado farmacéutico la fórmula médica constriñe al consumidor y funciona como una orden de

---

42 Gustavo Silva, “José Félix Patiño, el médico de la educación”, *El Espectador*, 28 de enero, 2016, 14.

43 Patiño, discusión.

44 “Nuevas drogas baratas y no rebaja de las actuales”, *El Espectador*, 4 de diciembre, 1962, 1-8; “Está consolidada la seguridad de la Patria. El abaratamiento de drogas, primer paso de la revolución que ofrecimos”, *El Espectador*, 6 de diciembre, 1962, 1-6.

45 Patiño, discusión.

compra, escapando de cierta manera a las leyes de la oferta y la demanda<sup>46</sup>. El médico debía entonces tomar en cuenta no sólo el aspecto terapéutico del medicamento escogido, sino también la capacidad de compra del paciente.

El segundo campo en el que trabajó Patiño fue en la organización de la producción y la distribución de medicamentos. Patiño se reunió con la industria, y los incitó a introducir líneas de medicamentos genéricos, independiente de si eran firmas tradicionales o de genéricos. La idea subyacente era que la mejor actividad de regulación del mercado era incrementar la competencia. Los genéricos producidos por MK-OFA no debían ser los únicos. En un hecho sin precedentes en la historia de la industria farmacéutica, Patiño logró que un número considerable de firmas farmacéuticas llamadas “éticas”, asociadas a Afidro, lanzaran por su cuenta una línea de genéricos y redujeran el precio de ciertos medicamentos, que llamarían en adelante *Medicinas básicas sociales de marca*. Asimismo, organizó la distribución a través de dos estrategias. Primero, elaboró una *lista de medicamentos básicos*, los cuales serían producidos con prioridad bajo denominación genérica y deberían estar disponibles en todas las farmacias. Para definir con precisión los medicamentos que integrarían esa lista, Patiño entrevista a médicos y a jefes de las escuelas de Medicina, con el objeto de obtener una lista de medicamentos suficientemente amplia para cubrir las necesidades básicas de la población.

Patiño se entera también de que los médicos, en la práctica cotidiana, no formulaban más de treinta o cuarenta principios activos; lo que llevaba a plantear la pregunta de por qué entonces había más de 6.000 medicamentos autorizados en el mercado<sup>47</sup>. Una segunda estrategia para la distribución de genéricos y la formación de un nuevo público consumidor fue el impulso dado a la creación de una red de *Droguerías comunales*, ubicadas en los centros de salud de los barrios más pobres. Esas droguerías, así como aquellas pertenecientes a los hospitales públicos, se convirtieron en las principales distribuidoras de medicamentos genéricos, que, sin crear una competencia directa a los medicamentos de marca, asegurarían el acceso a la población con mayores dificultades económicas<sup>48</sup>.

Por último, y no menos importante, Patiño puso en marcha un sistema de control de calidad que mejoraba el ya existente en el Departamento de Control de Medicamentos del Ministerio de Salud. Se buscaba establecer una “política de la similaridad”, es decir, la construcción de la equivalencia del genérico con respecto al producto de marca. En ese momento, el debate sobre la equivalencia del genérico se desarrollaba todavía en la lógica de la química: las sustancias usadas serían equivalentes a aquellas del medicamento original, y las pruebas que permitían comparar dos sustancias eran exámenes fisicoquímicos. Hubo que esperar todavía unos años para que apareciera el concepto de *bioequivalencia*, en el cual se sostiene que incluso las formas de fabricar la sustancia

---

46 Estes Kefauver e Irenne Hill, *Few Hands. Monopoly Power in America* (Harmondsworth: Pelican/Penguin Books, 1966), 29, y en “Drogas genéricas. Intervención del Ministro de Salud Pública, Cámara de Representantes, 22 de mayo de 1963”, *Anales del Congreso de la República*, 14 de junio, 1963, 1354.

47 “Drogas genéricas. Intervención del Ministro”, 1359.

48 Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, “Desarrollo de la comunidad en Salud Pública- Seccional del Tolima, Reseña sobre la construcción del Centro PMI La Francia y Creación de su Farmacia Popular”, en Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia, Fondo *Despacho Presidencial*, Sección Secretaría general-Correspondencia 1950-Ministerio de Salud, 1963, ff. 22-30; “Las Droguerías comunales no hacen competencia al comercio”, *El Espectador*, 19 de julio, 1963, 8.

inciden en la disponibilidad y eficacia del producto en el organismo<sup>49</sup>. Mientras tanto, la lógica de la controversia se desenvuelve en el plano de la química<sup>50</sup>.

Para resolver la controversia sobre la eficacia y potencia de los genéricos, Patiño defendía la completa identidad entre el medicamento genérico y el original. El genérico se designaba con el nombre técnico oficial, usado en las farmacopeas, textos científicos y en las facultades de Medicina. Por lo demás, el genérico era fabricado con las mismas sustancias y los mismos equipos que los originales. La única diferencia entre los dos se encontraba en el hecho de que el sistema de marcas movilizaba muchos más recursos en la “propaganda farmacéutica”, a través de los medios de comunicación y, sobre todo, de la contratación de cerca de 3.000 visitadores en Colombia, encargados de promover entre los médicos la prescripción de esos medicamentos<sup>51</sup>. Las disposiciones de Patiño buscaban crear la garantía de calidad y eficacia de los genéricos. Este recibió asesoría de la FDA e incrementó los recursos técnicos y humanos, para examinar los medicamentos antes de su lanzamiento, a fin de convencer a los médicos, los consumidores y la opinión pública de la virtud de los nuevos productos.

El medicamento genérico, para Patiño, no era sólo el medicamento barato, era ante todo el *medicamento básico*: ocupa una posición central en la terapéutica y la salud pública, y es deber del Estado garantizar su disponibilidad. El genérico no era únicamente una simple mercancía, sino un artefacto concebido al mismo tiempo por la salud pública, la economía del medicamento y la industria farmacéutica. De esta forma, el *Plan Patiño* fue una forma de regulación pionera en el continente y anticipó el sistema de listas de medicamentos esenciales, que sólo a fines de los años 1970 propondrá la OMS<sup>52</sup>.

En Estados Unidos también hubo una recepción del programa de genéricos desarrollado en Colombia, que alimentó el debate sobre la posibilidad de ampliar el derecho de los consumidores norteamericanos a tratamientos más baratos. Juan Jacobo Muñoz, presidente del Colegio Colombiano de Cirugía, defendía el uso de estos medicamentos y declaraba en una entrevista para la prensa estadounidense: “When I remove a patient’s adrenal glands, he can’t live without a daily prescription of steroids. I prescribe the low-cost —or generic— drugs. You might say it is a test by fire. If the drugs aren’t of the right potency or the right quality, the patient dies. None of my patients has died from this cause. Is that proof enough for you?”<sup>53</sup>. Por su parte, el senador demócrata Philip Hart (1912-1976) veía en las actividades de los fabricantes de genéricos en Colombia una prueba de los sobrecostos en los medicamentos, y que sería posible implantar un sistema similar en Estados Unidos: “McKesson & Robbins, despite its dramatically low prices in Colombia, nevertheless assert that it is making a 10 to 20% profit on them—a fact that should be received with

---

49 Daniel Carpenter y Dominique A. Tobbell, “Bioequivalence: The Regulatory Career of a Pharmaceutical Concept”. *Bulletin of the History of Medicine* 85, n.º 1 (2011): 93-131, doi: dx.doi.org/10.1353/bhm.2011.0024

50 Greene, *Generic*. 14.

51 “La intervención estatal en Salud. Informe exclusivo”, *La Nueva Prensa*, 9 de febrero, 1963, 49-52.

52 “El Plan de Drogas del Perú fue conocido aquí en el mes de Diciembre. Respuesta a un anónimo”, en Archivo Central e Histórico (ACH), Bogotá-Colombia, Fondo *José Félix Patiño*, caja 55, carpeta 5 “drogas, notas y apuntes”, ff. 42-48.

53 William Haddad, “Drug War Stake: Death”, *The New York Herald Tribune*, 29 de septiembre, 1963, 16.

fascination by every American consumer. If a freely competitive low-cost drug program can be work in Colombia, it is not inconceivable that the idea would spread to this country”<sup>54</sup>.

En un mercado mundializado, las influencias no van en una sola dirección. Si bien Colombia fue receptora de una industria del Norte, se apropió de una serie de prácticas y debates y se apoyó en el conocimiento de las regulaciones adelantadas por la FDA. Por su parte, Estados Unidos también observó en la política pionera de Colombia y en la experiencia industrial de McKesson una alternativa para garantizar el acceso a la salud de los ciudadanos. Al final de 1964, el Gobierno colombiano reportó el éxito del proyecto. El presidente de la República conferenció con los representantes de la industria farmacéutica y les agradeció por su cooperación. En su discurso, Valencia señaló que el número de medicamentos genéricos lanzados al mercado llegaba a 193 productos, de los cuales había al menos 100 fabricados por MK; 259, si se consideraban las diferentes presentaciones. Siguiendo el *Plan Patiño*, la industria de prescripción bajó el precio de 273 medicamentos entre un 25 y un 50% en relación con los precios de 1962. El Presidente indicaba finalmente un balance de 466 productos baratos (*genéricos y drogas sociales básicas* incluidos) lanzados al mercado, lo que sería la prueba del éxito de la regulación del mercado de genéricos propuesta por el ministro Patiño<sup>55</sup>.

## Conclusiones

La emergencia del mercado de medicamentos genéricos en Colombia en 1960, y su regulación, convirtieron lentamente al medicamento genérico en un “bien básico” que debía estar disponible para toda la sociedad. Lo novedoso es que a partir de ese momento, el acceso a la salud se traduce cada vez más en el acceso a los medicamentos. El medicamento genérico democratiza el estado de salud. Ampliar el mercado implicaba liberarlo de su polarización, en la cual se accedía o se estaba excluido, para entonces estratificarlo. Se libra, así, la posibilidad de acceso a los más pobres, mientras que los sectores más pudientes podían continuar consumiendo los medicamentos tradicionales de marca. La industria, por su parte, podía cómodamente invertir en estos dos mercados. Sin embargo, el temor de que la oferta de un producto más barato empujara la caída del precio del más costoso preocupaba a la industria farmacéutica tradicional, acostumbrada a amplios márgenes de ganancias. Asimismo, los farmacéuticos expresaban reservas frente a los genéricos, puesto que sus bajos costos implicaban ahora vender muchas más unidades para realizar la misma ganancia. Vender más, ganar menos por unidad, pero aumentar el número de consumidores, era, así, la apuesta que respaldaba la difusión de ese producto. Sin embargo, ese nuevo bien carecía del prestigio de los medicamentos originales. Ese valor cuestionado tenía que ser revisado y validado por las instituciones de control de medicamentos, para poder ser aceptado por la medicina y la sociedad.

Los médicos temían ser anulados de la relación de consumo donde la *fórmula médica* sería imprescindible, y con ella, la obligación del paciente de pagar una consulta médica. Ese temor explica en buena medida las serias reservas de un sector de la medicina frente a la difusión de

---

54 Philip Hart, “Who Cares About Price of Drugs in South America?”, *The Owosso Argus Press*, 18 de septiembre, 1963, 6.

55 “Discurso del Presidente Guillermo León Valencia con el Grupo Afidro, Rebaja de Drogas” (Bogotá: Señal Memoria, 4 de diciembre de 1964). <<http://catalogo.senalmemoria.gov.co:9092/mp3XML/flash.php>>; “Rebaja de drogas es desde hoy”, *El Tiempo*, 15 de enero, 1965, 14.

los genéricos. Por ello, algunos terminan por situarse del lado de la industria farmacéutica tradicional, que supo desde un principio cultivar la relación médico-industria. Los médicos temían también prescribir productos de calidad desconocida y perder el control de esa práctica que los posicionaba en el centro de la relación industria y consumidor. De una manera todavía tímida, pero evidente, se observa en esta historia cómo los pacientes comienzan a ser objetivados, ya no como simples agentes pasivos de una medicina —cuyo saber se ejerce de forma vertical a través de las campañas de higiene o de la asistencia pública—, sino como potenciales consumidores que acceden a un mercado en expansión. Esto es, como ciudadanos con derecho a acceder a la salud y a comprar productos de calidad. La emergencia del mercado de genéricos se liga, así, a la emergencia de las prácticas de *farmacéutización*, donde *hacer la salud pública* se traduce en gran medida en *extender el acceso a los medicamentos*.

La política impulsada por Patiño y el Ministerio de Salud contribuyó a investir de derechos a un sector de la población hasta entonces excluido. Se ve aquí cómo una política de salud va a actuar expandiendo el derecho de los ciudadanos a consumir los medicamentos como otras mercancías, es decir, con la posibilidad de que exista una mayor competencia y, al mismo tiempo, que se le conserve su particularidad: el bajo costo. La discontinuidad que apareció en ese momento no fue tanto la pregunta por reducir el precio de los medicamentos —que era ya un tema de discusión por lo menos desde 1955—, sino la evidencia de que, a través de los genéricos, sería posible ampliar el acceso a los tratamientos y repercutir en una reducción general de los precios<sup>56</sup>. Frente a las necesidades inmediatas de ampliar el acceso a la salud, el Gobierno pensaba que los genéricos representarían un mecanismo para evitar la enfermedad y reducir la pobreza.

De esta manera, un contexto social de ampliación de los derechos, una medicina social que potencia las políticas de acceso a los medicamentos, una industria que busca abrir nuevos mercados y un Estado cuyos funcionarios se tomaron en serio el papel de robustecer las políticas de regulación de los medicamentos configuraron el perímetro en el cual se desarrolló el debate sobre los medicamentos genéricos y el acceso a la salud en la década de 1960. Sólo dos décadas después, este tipo de políticas se extenderá a escala mundial a través de la campaña de medicamentos esenciales de la OMS<sup>57</sup>.

El medicamento genérico fue al mismo tiempo acogido por ciertos sectores como una solución al acceso a la salud, mientras que por otros fue visto como un peligro para la salud pública. Por lo demás, el genérico produjo resistencias de parte de un sector industrial que veía amenazado su acostumbrado flujo de ganancias con la entrada de nuevos competidores al mercado continental. Como lo ha mostrado Greene, el medicamento genérico emergió como una nueva realidad, a pesar de la paradójica falta de resolución de un debate que durante las décadas de 1960 y 1970 se polarizó entre aquellos que pensaban que el genérico no podría ser igual al medicamento original, o, por el contrario, aquellos para quienes el genérico siempre fue equivalente<sup>58</sup>. Desde muy temprano, un país del Sur como Colombia fue receptor de esa industria y se apropió del debate sobre sus bondades y problemas, para intentar resolver un problema social.

---

56 “Drogas para el pueblo podrá importar en adelante Corpal”, *El Tiempo*, 29 de octubre, 1957; “SENDAS Expone Plan para Abaratamiento de las drogas”, *El Colombiano*, 5 de enero, 1956, 1.

57 Jeremy A. Greene, “Making Medicines Essential: The Emergent Centrality of Pharmaceuticals in Global Health”. *BioSocieties* 6, n.º 1 (2011); 10-33, doi: dx.doi.org/10.1057/biosoc.2010.39

58 Greene, *Generic*, 89.

Mientras que en Estados Unidos el tema del acceso a los genéricos planteó la cuestión de la intercambiabilidad del medicamento de marca por el genérico, y dio lugar a unas *ciencias de la similitud*<sup>59</sup>, en Colombia, si bien la discusión existió y el genérico fue planteado como solución al problema del salud, gracias a cierto pragmatismo del Estado y de la industria, se configuró una política farmacéutica integral que abrazaba la producción, la circulación y el acceso a los medicamentos. La política impulsada por Patiño coincidía con las ideas de Kefauver, para quien los poderes públicos tienen la obligación de fortalecer las garantías a la libre competencia. Cuando el mercado por sí mismo es incapaz de impedir las prácticas monopolísticas, el Estado tiene la responsabilidad de cumplir un papel regulador más activo<sup>60</sup>. Lo paradójico del caso colombiano tiene que ver con la ceguera de los legisladores posteriores a los años 1990, quienes precisamente debilitaron el papel del Estado en la regulación del mercado de medicamentos al pretender asignar ese importante papel a las fuerzas “libres” del mercado.

## Bibliografía

### Fuentes primarias

#### Archivos:

1. Archivo Central e Histórico (ACH), Bogotá-Colombia. Fondo *José Félix Patiño*.
2. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá-Colombia. Fondo *Despacho Presidencial*, Sección Secretaría general-Correspondencia 1950-Ministerio de Salud.

#### Publicaciones periódicas:

3. *Anales del Congreso de la República*. Bogotá, 1963.
4. *Antioquia Médica*. Medellín, 1964.
5. *El Colombiano*. Medellín, 1956, 1960, 1962-1965.
6. *El Espectador*. Bogotá, 1962, 1964.
7. *El Tiempo*. Bogotá, 1957, 1962-1965.
8. *La Nueva Prensa*. Manizales, 1963.
9. *The New York Herald Tribune*. Nueva York, 1963.
10. *The Owosso Argus Press*. Owosso, 1963.
11. *The Washington Post*. Washington, 1962.

#### Documentación primaria impresa:

12. García Parra, Jaime. *Estudio económico sobre la industria farmacéutica en Colombia*. Bogotá: Afidro, 1959.
13. García Parra, Jaime. *La industria farmacéutica colombiana, 1953-1959*. Bogotá: Suramericana, 1960.

---

59 Greene, *Generic*, 110-134. Ver también: Carpenter y Tobbell, “Bioequivalence”, 93-131.

60 Kefauver y Hill, *Few Hands*, 254.

14. Organización de los Estados Americanos (OEA). *La marcha Doctrinaria y Política de la Alianza para el Progreso. Informe sobre la ejecución de mandatos y recomendaciones de los órganos y reuniones del Sistema Interamericano*. Washington: Unión Panamericana, 1964.
15. “Plan decenal del Ministerio de Salud Pública 1962-1971”. En *Desarrollo de la Alianza para el progreso*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública, 1961.
16. Vélez García, Jorge. “Aspectos económicos de la Industria farmacéutica”. En *Un problema industrial*, editado por Francisco de Paula Pérez y Álvaro Copete Lizarralde. Bogotá: El Gráfico, 1963, 25-96.

#### Entrevista:

17. Patiño, José Félix. En discusión con el autor. 11 de junio de 2013.

#### Audio:

18. “Discurso del Presidente Guillermo León Valencia con el Grupo Afidro, Rebaja de Drogas”. (Bogotá: Señal Memoria, 4 de diciembre de 1964). <<http://catalogo.senalmemoria.gov.co:9092/mp3XML/flash.php>>.

#### Fuentes secundarias

19. Andia, Tatiana. “The Invisible Threat: Trade, Intellectual Property, and Pharmaceutical Regulations in Colombia”. En *Intellectual Property, Pharmaceuticals, and Public Health: Access to Drugs in Developing Countries*, editado por Kenneth C. Shadlen, Samira Guennif, Alenka Guzman y Narayanan Lalitha. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2011, 77-109, doi: dx.doi.org/10.4337/9780857938619.00009
20. Biehl, João. “Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics”. *Anthropological Quarterly* 80, n.º 4 (2007): 1083-1126, doi: dx.doi.org/10.1353/anq.2007.0056
21. Carpenter, Daniel y Dominique A. Tobbell. “Bioequivalence: The Regulatory Career of a Pharmaceutical Concept”. *Bulletin of the History of Medicine* 85, n.º 1 (2011): 93-131, doi: dx.doi.org/10.1353/bhm.2011.0024
22. Cassier, Maurice y Marilena Correa. “Intellectual Property and Public Health: Copying of HIV/Aids Drugs by Brazilian Public and Private Pharmaceutical Laboratories”. *RECIIS. Electronic Journal Communication, Information & Innovation in Health* 1, n.º 1 (2007): 83-90, doi: dx.doi.org/10.3395/reciis.v1i1.38en
23. Conrad, Peter y Valerie Leiter. “From Lydia Pinkham to Queen Levitra: Direct-to-Consumer Advertising and Medicalization”. *Sociology of Health & Illness* 30, n.º 6 (2008): 825-838, doi: dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01092.x
24. Erazo, María Fernanda. “De lo artesanal a lo industrial. La consolidación de la industria de medicamentos en Cali (Colombia, 1876-1944)”. *Historia Crítica* n.º 62 (2016): 143-163, doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit62.2016.07
25. García, Víctor Manuel. *Remedios secretos y drogas heroicas. Historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2008.
26. García, Víctor Manuel. “Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud. La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín 1930”. *Historia Crítica* n.º 46 (2012): 110-131, doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit46.2012.07
27. Greene, Jeremy A. “Making Medicines Essential: The Emergent Centrality of Pharmaceuticals in Global Health”. *BioSocieties* 6, n.º 1 (2011): 10-33, doi: dx.doi.org/10.1057/biosoc.2010.39

28. Greene, Jeremy A. *Generic. Unbranding the Modern Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014.
29. Greene, Jeremy A. y David Herzberg. "Hidden in Plain Sight. Marketing Prescription Drugs to Consumers in the Twentieth Century". *American Journal of Public Health* 100, n.º 5 (2010): 793-803, doi: dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.181255
30. Kefauver, Estes e Irenne Hill. *Few Hands. Monopoly Power in America*. Harmondsworth: Pelican/Penguin Books, 1966.
31. Kessel, Nils. "'Doriden von Ciba': Sleeping Pills, Pharmaceutical Marketing, and Thalidomide, 1955-1963". *History and Technology* 29, n.º 2 (2013): 153-168, doi: dx.doi.org/10.1080/0734151.2013.828509
32. Rivero, Maryelis. *Laboratorios Román: origen de la industria farmacéutica colombiana*. Cartagena: Universidad Tecnológica de Bolívar, 2005.
33. Rojas, Diana Marcela. "La Alianza para el Progreso en Colombia". *Análisis Político* 23, n.º 70 (2010): 91-124.
34. Silva Carrero, Gustavo. "José Félix Patiño, el médico de la educación". *El Espectador*, 28 de enero, 2016, 14.
35. Sotomayor, Hugo, Estela Restrepo, Augusto Gómez y Mauricio Pérez. *El medicamento en la historia de Colombia*. Bogotá: Schering-Plough, 1997.
36. Tapper, Elliot B. "Doctors on Display: The Evolution of Television's Doctors". *Baylor University Medical Center Proceedings* 23, n.º 4 (2010): 393-399.
37. Tobbell, Dominique A. *Pills, Power, and Policy: The Struggle for Drug Reform in Cold War America and Its Consequences*. Berkeley: University of California Press, 2011.
38. Velásquez, Germán. *L'industrie du médicament et le tiers monde*. París: L'Harmattan, 1983.
39. Williams, Simon J., Paul Martin y Jonathan Gabe. "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis". *Sociology of Health & Illness* 33, n.º 5 (2011): 710-725, doi: dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x
40. Winckler, Martin. "Les médecins du grand au petit écran". *Les Tribunes de la santé* 2, n.º 11 (2006): 23-30, doi: dx.doi.org/10.3917/seve.011.30



### **Víctor Manuel García**

Candidato a Doctor en Historia por la École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, Francia), adscrito al laboratorio de investigación CERMES3 (Francia). Historiador y Magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, y miembro del grupo de investigación *Producción, Circulación y Apropiación de Saberes* (PROCIRCAS). Entre sus publicaciones se encuentran el artículo "Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud. La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín 1930". *Historia Crítica* n.º 46 (2012): 110-131, doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit46.2012.07; y el libro *Remedios secretos y drogas heroicas. Historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2008). victor.garcia@ehess.fr; vmgarcia@unal.edu.co