

ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Medicamentos y transnacionales farmacéuticas:
impacto en el acceso a los medicamentos para los
países subdesarrollados**

**The drugs and the pharmaceutical transnationals: impact on
the drugs access for developing countries**

Amarilys Torres Domínguez

Máster en Ciencias. Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL). Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo realizar una presentación general acerca de la situación de salud a nivel mundial, relacionar esta con la problemática del acceso a los medicamentos y vincular ambos factores a las características que tipifican la diversidad de intereses alrededor de las empresas farmacéuticas transnacionales. La explosión en la producción y comercialización de los medicamentos durante los últimos años han convertido al sector farmacéutico en líder mundial. No obstante, actualmente $\frac{3}{4}$ partes de la población mundial tienen poca o ninguna posibilidad de adquirir los medicamentos esenciales. La situación actual es insostenible y, por lo tanto, se trata de ir a alternativas diferentes de las que hoy existen.

Palabras clave: Acceso medicamentos, transnacionales farmacéuticas.

ABSTRACT

The aim of present paper is to perform a general presentation about the worldwide health situation, to relates it with the problem of drugs access ant to link both factors with features typifying the diversity of interests around the transnational pharmaceutical enterprises. The boom in drugs production and marketing over past years becomes the pharmaceutical sector in the world leader. However, nowadays the $\frac{3}{4}$ of world population has not much or neither possibility to acquires the essential drugs. Present situation is untenable and therefore, it is necessary to look for alternatives difeferent to available nowadays.

Key words: Drugs access, pharmaceutical transnationals.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son esenciales para la salud y para la sobrevivencia de las personas. Promover el acceso a estos significa respeto al derecho a la vida, la garantía de poder disfrutar de los beneficios de los avances tecnológicos y el reconocimiento del valor de la salud humana; principios reconocidos en numerosos tratados internacionales. Este es un factor esencial en el logro del éxito en la lucha contra las enfermedades, y está directamente relacionado con el grado de desarrollo y la eficiencia de los sistemas nacionales de salud.

La industria farmacéutica está dominada por las grandes empresas de los países industrializados, donde 10 empresas controlan cerca del 59 % del mercado mundial. Esa hegemonía se refleja en su participación en el mercado y en el control y la dinámica del proceso de innovación. Con ventas que sobrepasan los 600 mil millones de dólares, el sector farmacéutico se encuentra en continuo crecimiento, caracterizado por una competencia basada en la dependencia de los productos. Su fuerza competitiva se basa en la investigación y el desarrollo, a la que se destinan alrededor del 12 % de los ingresos de la industria, en la apropiación de las rentas mediante el sistema de patentes y en las cadenas de comercialización.¹

En los últimos años ha aumentado considerablemente el interés por el estudio de las tendencias actuales de los medicamentos a nivel mundial, la transnacionalización de la industria farmacéutica y el impacto de los acuerdos multilaterales sobre comercio y derechos de propiedad intelectual a nivel mundial.²⁻

⁹ Esto se ha debido, entre otros factores, al apreciable aumento de la toma de conciencia con respecto a los problemas económicos, políticos y sociales que ha generado la rápida diseminación de enfermedades infecciosas, fundamentalmente la proliferación de la infección del VIH/SIDA en muchos de los países más pobres del mundo, el mal uso de los antimicrobianos y las amenazas radionucleares o tóxicas.

Las enfermedades infecciosas se propagan ahora geográficamente con mucha mayor rapidez que en cualquier otro momento de la historia, situación que se hace más compleja, si se tiene en cuenta que los antimicrobianos básicos están empezando a fallar mucho más rápido que el tiempo que se necesita para el desarrollo de nuevos medicamentos que los reemplacen. Actualmente existen al

menos 40 enfermedades que se desconocían una generación atrás y numerosos eventos epidémicos se han reportado a nivel mundial.

También hoy es mayor nuestra dependencia de los productos químicos, al igual que nuestro grado de conciencia sobre los peligros potenciales para la salud y el medio ambiente que ellos representan, aunque este no se manifieste en la misma medida en todas las regiones del mundo. Ejemplos claros de esto lo constituyen las cartas con esporas de bacilo del carbunco (*B. anthracis*) en los Estados Unidos en el 2001, la aparición del SRAS en 2003, y el derrame masivo de residuos químicos tóxicos ocurrido en Côte d'Ivoire en 2006, entre otros. Todo esto implica nuevos retos para la industria farmacéutica y para los servicios de salud en general a nivel mundial.

Por otra parte, el debate sobre los derechos de propiedad intelectual y sus efectos sobre el acceso a los medicamentos está presente de forma creciente en los medios de comunicación y en los foros de discusión sobre comercio internacional.¹⁰⁻¹⁶ El "Acuerdo sobre los Aspectos de Derecho de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio" de la Organización Mundial del Comercio (OMC) estableció nuevos y elevados estándares de protección para la propiedad intelectual, especialmente en el área de las patentes.

Este trabajo tiene como objetivo realizar una presentación general acerca de la situación de salud a nivel mundial, relacionar esta con la problemática del acceso a los medicamentos y vincular ambos factores a las características que tipifican la diversidad de intereses alrededor de las empresas farmacéuticas transnacionales.

SITUACIÓN DE SALUD A NIVEL MUNDIAL

La salud de la población contribuye de forma decisiva al desarrollo económico y social. Se reconoce que la brecha entre países ricos y pobres se ha ensanchado en los últimos 15 a 20 años, con un marcado deterioro económico y social en la mayoría de los países subdesarrollados.

El estudio de la salud mundial pone de manifiesto grandes contrastes. La comparación de algunos indicadores asociados a la salud muestra el abismo que en términos de desarrollo separan a estos dos mundos.

Durante los últimos 50 años, como promedio, la esperanza de vida al nacer aumentó casi 20 años a nivel mundial, de 46,5 años en 1950-1955 a 65,2 años en el 2002. No obstante, este indicador tiene contrastes; la esperanza de vida al nacer para las mujeres de los países desarrollados pasó a situarse en 78 años, mientras que para los hombres del África subsahariana disminuyó a 46 años, debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA. En los años 50 había una gran desigualdad en cuanto a la esperanza de vida entre los países desarrollados y los países subdesarrollados. Actualmente esa desigualdad se sitúa entre los países más pobres y todos los demás.¹⁷

Los países subdesarrollados constituyen a su vez un grupo muy heterogéneo en lo que a tasas de mortalidad se refiere. La tasa de mortalidad infantil promedio de niños menores de 5 años es de 79 por mil en estos países, mientras que el indicador era de 6 para los países de altos ingresos. De los 57 millones de defunciones registradas en el 2002, unos 10,5 millones correspondían a menores de cinco años de edad, y más del 98 % de éstas ocurrieron en países

subdesarrollados. En general, el 35 % de los niños de África corren hoy mayores riesgos de muerte que hace 10 años.¹⁷

El estado de salud de los adultos a comienzos del siglo XXI se caracteriza por dos tendencias principales: una desaceleración de los beneficios y un aumento de las desigualdades; y una complejidad cada vez mayor de la carga de morbilidad. La mayor parte de los países se enfrentan a la doble carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. En las regiones de alta mortalidad del mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible ahora a enfermedades no transmisibles a diferencia de lo que ocurría en el siglo XX.¹⁸ El envejecimiento de la población y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado estas epidemias en la mayor parte de los países subdesarrollados. El signo más evidente del deterioro de la salud de los adultos ha sido el retroceso tan grande en materia de supervivencia de adultos en África. En algunas partes del África subsahariana las tasas actuales de mortalidad de adultos son mayores que hace 30 años. El peor impacto se ha verificado en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha reducido más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres.¹⁸

En otros lugares es evidente la fragilidad de la salud de los adultos ante la inestabilidad social, económica y política. En algunos países de Europa oriental ha aumentado sustancialmente la mortalidad masculina. Se le suman además, los traumatismos, tanto intencionales como no intencionales que han aumentado, principalmente entre los adultos jóvenes.¹⁷

La importancia relativa de estas causas varía considerablemente de una región a otra. Por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de 9 de cada 10.¹⁷ En cambio, en América Latina y en los países subdesarrollados de Asia y de la Región del Pacífico Occidental, 3 de cada 4 muertes de adultos se deben a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la transición epidemiológica que se ha alcanzado en esas poblaciones y la aparición de una doble carga de morbilidad, ya que las enfermedades transmisibles son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en el Tercer Mundo.^{17,19,20}

Algunos datos ilustran cómo la situación ha empeorado para las personas enfermas en los países subdesarrollados:¹⁷⁻²¹

- 2,5 millones de personas se contagiaron de SIDA en 2007 (2,1 millones de adultos y 420 000 niños). Cada día mueren más de 5700 personas en todo el mundo y se infectan a 6 800. Del total de infectados 22,5 millones son del África subsahariana.

- En el 2007, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70 % de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en el 2015, y 11,4 millones en el 2030, un 60 % de los cuales vivirán en estos países.

- El número de enfermos de diabetes ha crecido en los últimos 20 años y se estima que para el 2030 se eleve a 300 millones, la mayor parte vive en los países pobres.

- Catorce millones de personas mueren por enfermedades infecciosas y parasitarias; el 90 % de ellas viven en países pobres. Las enfermedades infecciosas que más contribuyen a la mortalidad en estos países son las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores (principalmente malaria, dengue y la enfermedad de Chagas), las enfermedades de transmisión sexual, en especial el VIH/SIDA, y las zoonosis como la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) en el ser humano.

En general, la situación de la salud pública de los países subdesarrollados muestra que una creciente proporción de la población se encuentra sometida al ciclo de "enfermedad y pobreza" que según datos estadísticos de la OMS mantendrá una tendencia al crecimiento para el 2030.^{20,21}

MEDICAMENTOS Y TRANSNACIONALES FARMACÉUTICAS

Los medicamentos constituyen un procedimiento terapéutico utilizado ampliamente por los médicos. Prescribir, dispensar o simplemente "sugerir su consumo" se ha convertido no solo para los profesionales de la salud, sino también para la población en prácticas sociales frecuentes y naturales. Son además un bien de consumo caro y peligroso, por ser el uso irracional de estos un fenómeno extendido a nivel mundial.²²

El siglo XX se caracterizó en términos de salud y medicina por la erradicación de muchas enfermedades, el aumento de la esperanza de vida, el surgimiento de potentes medicamentos y la aparición de reacciones adversas a los mismos. Dichos avances se debieron, en gran medida, a la transformación radical experimentada a partir del descubrimiento en los años 20 de vacunas muy eficaces (antitetánica y antidiftérica) y el hallazgo en los años 30 y 40 de las sulfas y la penicilina.

La utilización de sustancias consideradas medicinales es tan antigua como las primeras culturas, no obstante, la industria farmacéutica tiene una aparición tardía en la Revolución Industrial. En el marco de la revolución farmacológica (1940-1970)²³ se llegaron a producir más avances en farmacología que en todo tiempo precedente. Por lo tanto, el medicamento debe considerarse un producto del siglo XX, y específicamente, la segunda mitad de este siglo se reconoce como el momento que marcó el surgimiento de los más importantes medicamentos de que se dispone hoy en día: analgésicos, antiepilépticos, anestésicos, antibióticos y todos los que hasta hoy conforman los 26 grupos farmacológicos reconocidos.

Las compañías farmacéuticas fueron creadas en diferentes países por empresarios o profesionales, en su mayoría antes de la II Guerra Mundial. Allen & Hambury y Wellcome, de Londres; Merck, de Darmstadt (Alemania), y las empresas estadounidenses Parke Davis, Warner Lambert y Smithkline & French fueron fundadas por farmacéuticos. Algunas compañías surgieron a raíz de los comienzos de la industria química, como por ejemplo Zeneca en el Reino Unido, Rhône-Poulenc en Francia, Bayer y Hoechst en Alemania o Ciba-Geigy y Hoffmann-La Roche en Suiza. La belga Janssen, la estadounidense Squibb y la francesa Roussel fueron fundadas por profesionales de la medicina.²⁴

El amplio mercado de los medicamentos es campo de batalla de los más egoístas intereses económicos del mundo actual, donde se desconoce la naturaleza "peculiar" de esos bienes de consumo. El medicamento es un bien de consumo,

pero a la vez es un bien social, no solo comercial; y tiene que ser eficaz, seguro y económico para que llegue a tiempo a cualquier ser humano que lo necesite.

Las características básicas de las empresas farmacéuticas coinciden con las de la generalidad de las empresas transnacionales, al ser una industria altamente oligopolista y muy extendida, en la que un número de empresas relativamente enormes, pertenecientes a un grupo reducido de países dominan la casi totalidad de la producción, investigación y comercialización de los fármacos en el mundo ([tabla](#)).

Esta característica en la estructura internacional de la industria farmacéutica trae como consecuencia un poder comercial de las empresas para dominar un mercado y obtener beneficios mayores que los que obtendrían en una situación competitiva. El mercado farmacéutico en el 2002 fue, en precios de productor, de 400 mil millones de dólares. De ellos tan solo el 1,2 %, tendría por destino el continente africano. Asia y África juntas representan el 75 % de la población mundial, sin embargo, a ellas fue destinado un 7 u 8 % anual, sin que se apreciaran incrementos en un período de tiempo de 10 años, aun cuando su población no ha dejado de crecer. En cambio los Estados Unidos han duplicado el valor de su mercado farmacéutico en los últimos diez años sin que se haya producido un incremento significativo de su población.^{25,26}

En la actualidad las transnacionales farmacéuticas más importantes son norteamericanas, alemanas, francesas, suizas, inglesas y suecas. El proceso de concentración por medio de adquisiciones, fusiones y otros tipos de acuerdos no ha cesado. Cien compañías transnacionales con un mercado internacional de más de 600 mil millones de dólares bloquean las ventas de medicamentos genéricos que pueden ser adquiridos a precios mucho más baratos por los países pobres.^{25,26}

Paralelo a este proceso de concentración y acaparamiento del mercado mundial, en algunos países del Sur se ha desarrollado una incipiente industria farmacéutica que, teniendo inicialmente como objetivo la población de sus propios países, ha sido capaz de producir medicamentos, sobre todo genéricos, a precios bajos en comparación con el de los grandes grupos industriales transnacionales. Esta producción llega a realizar un volumen importante de exportaciones a otros países del Sur y puede llegar en la actualidad a plantearse la posibilidad de invertir en investigaciones, incluso, para desarrollar nuevas moléculas. Estas industrias, aparte del caso especial de Cuba, se han desarrollado en Brasil, Argentina, Tailandia y la India tratándose en ocasiones, de industrias de titularidad pública y en otras de industrias privadas.^{27,28}

Frente a esta panorámica, Cuba se ha convertido en uno de los países del Sur que brinda una gran colaboración en el sector farmacéutico y biotecnológico no solo a los países de América Latina sino a todos aquellos que requieran de su ayuda.²⁸

El Estado cubano ha realizado una inversión importante en el desarrollo de la industria médico-farmacéutica y biotecnológica, como una prioridad nacional, por su incidencia en la salud humana, la elevación de la calidad de vida y como fuente importante de ingresos al país por su alta eficacia.²⁸

La existencia de estos ejemplos constituye una esperanza para miles de millones de personas, pero al mismo tiempo, su número limitado expresa las grandes dificultades a las que iniciativas de este tipo se han visto y se ven enfrentadas en la actualidad.

ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES

En los años 70, la OMS inició una campaña que tuvo el objetivo de mejorar el acceso a los medicamentos en los diversos países y contribuir a mejorar la salud de la población mundial. La lista de medicamentos esenciales es un inventario de medicamentos utilizados en el tratamiento de acuciantes problemas mundiales de salud. La primera lista, confeccionada en 1977, incluía 208 medicamentos esenciales para luchar contra la carga mundial de morbilidad de esa época.²⁹ Estos medicamentos serían aquellos "que satisfacen las necesidades de la mayoría de la población; por lo tanto deberían estar disponibles en todo momento en cantidades adecuadas y en la forma de administración apropiada".²⁹ En la actualidad, la lista incluye 530 medicamentos para tratar enfermedades prioritarias como el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, los trastornos de la salud reproductiva y las cada vez más frecuentes enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer y la diabetes.²⁹

Este trabajo permitió avances en una serie de países y se comenzaron a elaborar algunas leyes que favorecían, por diversos procedimientos, el acceso a medicamentos esenciales en los mismos. Sin embargo, actualmente la OMS estima que un tercio de la población mundial, 2 000 millones de personas no tienen acceso regular a medicamentos esenciales de calidad.²⁹ Este fenómeno tiene dos caras que van a ser determinantes de las condiciones actuales de crisis de acceso a los medicamentos. De un lado, la situación económica general de los países subdesarrollados y la imposición de políticas de ajuste, con apertura sin límite de sus mercados a los productos más competitivos procedentes del Norte; el abandono de posibles inversiones dirigidas a cubrir necesidades de sus poblaciones; la fuga de capitales al exterior hacia los mercados más rentables y seguros de los países desarrollados; la privatización de sectores productivos y de servicios para pagar los servicios de la deuda, entre otros. Por otro lado, el proceso de concentración de la industria farmacéutica que va dando lugar a la formación de los grandes grupos que se ven confrontados entre ellos a una competencia por los mercados pero que, al mismo tiempo, tienen intereses comunes entre sí, por lo que presionan para intentar abolir cualquier legislación que intente poner límites a la ampliación de beneficios y a su peso hegemónico en el mercado de medicamentos.³⁰ En el 2006, los productos farmacéuticos clasificaron como el sexto rubro más importante en el comercio mundial, y 12 de las 50 empresas que más invierten en investigación-desarrollo en todo el orbe, pertenecen al sector.³¹

FACTORES QUE DETERMINAN LA FALTA DE EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES

Aunque la disponibilidad de medicamentos no es el único aspecto del acceso a una atención sanitaria de calidad, sí constituye un aspecto esencial. El acceso a medicamentos depende de diversos factores como la falta de infraestructura y de logística, una producción de calidad deficiente, una selección y uso irracionales de los medicamentos, una producción insuficiente o el abandono de esta en algunos campos, falta de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para enfermedades tropicales y precios prohibitivos. Entre estos diferentes factores desempeñan una función primordial los relacionados con la disponibilidad de medicamentos dentro de las que se destacan la ausencia de producción, la falta de investigación, los precios prohibitivos y las regulaciones sobre propiedad intelectual.

³²

Producción inadecuada e insuficiente de medicamentos

Uno de los problemas a que se enfrentan los países subdesarrollados es a la producción inadecuada e insuficiente de medicamentos. Se continúa produciendo, vendiendo y utilizando medicamentos que, a causa de las resistencias desarrolladas, han dejado de ser útiles pero son los que están disponibles, para enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y las principales enfermedades transmisibles. En otras ocasiones lo que ocurre es que hay una producción insuficiente que no cubre las necesidades.

La investigación

En gran medida la investigación en esta área se encuentra en manos de las grandes compañías transnacionales. Por lo que los criterios de mercado son los que orientan esta investigación y por lo tanto existe déficit, abandono de sectores vitales y múltiples imperfecciones que son conocidas pero no corregidas.

Las **enfermedades globales**, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y trastornos neurológicos, representan la mayor concentración de I + D de la industria farmacéutica. Aunque, las mismas afectan tanto a los países desarrollados como a los países subdesarrollados, en estos la mayoría de los pacientes que necesitan de medicamentos para tratarse no pueden pagarlos y, por consiguiente, el mercado no los atiende.

Las **enfermedades olvidadas**, como la malaria y la tuberculosis, provocan en la industria farmacéutica basada en la investigación, un interés solamente secundario. Aunque, también se ven afectados individuos de los países ricos, como pacientes con tuberculosis y personas que contraen malaria en viajes, estas enfermedades afectan fundamentalmente a las poblaciones de los países subdesarrollados

Las **enfermedades extremadamente olvidadas**, como la enfermedad del sueño, la de Chagas y la leishmaniosis, afectan exclusivamente a las poblaciones de los países subdesarrollados. Como la mayoría de estos pacientes es demasiado pobre para pagar cualquier tratamiento, y en la práctica casi no representan ningún mercado, son excluidos de los objetivos y los esfuerzos de I + D de la industria.

En contraste con esta situación, los productos que se destinan a condiciones que no son puramente médicas (como celulitis, calvicie, arrugas, dietas, estrés, entre otras) constituyen un segmento de mercado altamente lucrativo en los países ricos.

Se plantean 4 razones principales para este cambio:³³

1. Costos y riesgos de I + D en relación con el bajo nivel adquisitivo de los países subdesarrollados. Un programa representativo de I + D (desde los resultados iniciales hasta el registro) cuesta aproximadamente \$160 millones y lleva entre 8 y 12 años. Además el éxito no está garantizado desde el inicio.

2. Giro hacia una producción más rentable. Para hacer frente a las grandes inversiones y reducir la duplicación de costos, las compañías farmacéuticas iniciaron, a finales de los 80, un ciclo sin precedentes de consolidaciones empresariales y fusiones (Glaxo y Wellcome, Sandoz y CibaGeigy, Roche y Synthex, Astra y Zeneca, entre otras). Esta consolidación se centró en los segmentos más rentables del mercado (enfermedades infecciosas, afecciones cardiovasculares, cáncer, dermatología y neurología), dejando la medicina tropical al margen.

3. Competencia y falsificación de medicamentos. Algunos medicamentos patentados en los países desarrollados son copiados en los países subdesarrollados en que los derechos de patentes de los productos farmacéuticos no están protegidos. Este tipo de producción compete entonces, con el laboratorio innovador.

Además de las copias de medicamentos, existen casos de simple piratería (apropiación del nombre y apariencia de un medicamento de marca) que son frecuentes en aquellos países en los que los mercados informales desempeñan una función importante.

4. Costos de adhesión a los estándares de calidad. Ha existido una tendencia general a fortalecer las normativas que las compañías deben cumplir para obtener la aprobación previa a la comercialización de un medicamento, lo que ha incrementado el costo del desarrollo clínico. La necesidad de minimizar los riesgos terapéuticos lleva a reforzar varios estándares de calidad (buenas prácticas clínicas, de laboratorio y de fabricación). En la práctica, cuando en el desarrollo clínico se identifica accidentalmente un producto competente para el tratamiento de enfermedades tropicales (ej. eflornitina para la tripanosomiasis africana) o una nueva indicación (ej. atovacuona para la malaria), el fabricante frecuentemente decide no comercializar el medicamento, porque será demasiado caro. La compañía decide generalmente establecer o bien acuerdos excepcionales (ej. donaciones), o bien llevar a cabo acciones negativas como la interrupción de la producción.

Lo que indica que el reforzar varios estándares de calidad en la producción de medicamentos es un instrumento de dominación de las transnacionales, ya que muchos países subdesarrollados no tienen los recursos tecnológicos, financieros o humanos necesarios para poner en práctica los nuevos estándares, que no significan precisamente una mejoría clínica del medicamento y sí una monopolización de la gran industria que es la única que puede alcanzarlos.

Precios prohibitivos

La industria tiene el poder absoluto en el tema de los precios, en ocasiones establecidos libremente, con la filosofía de que el mercado se encargará de situarlos finalmente en el nivel adecuado debido a los mecanismos reguladores de la competencia. En otras ocasiones son establecidos por la industria, tras una negociación con los respectivos gobiernos, en un trato desigual ya que no se presentan datos confiables sobre lo que verdaderamente cuesta producirlos.

A esto se le suma, los presupuestos que la industria farmacéutica destina a publicidad y "marketing" de sus productos, que son como mínimo, similares al que destina a I + D, con la consiguiente repercusión en el precio de los medicamentos.

Las patentes en la Industria Farmacéutica

En el contexto político neoliberal que impera hoy en el mundo, la concentración del poder y la riqueza en manos de unas pocas transnacionales, unida a presiones políticas para el aumento del beneficio de estas es una de las tendencias más significativas del poder económico a nivel mundial. Desde esta óptica no es sorprendente que la transformación del conocimiento en el recurso limitante para la producción de bienes y servicios se acompañe en el capitalismo actual por un agresivo intento de apropiación y privatización del conocimiento.¹⁵

La expresión más evidente del intento de privatizar el conocimiento es la llamada "propiedad intelectual" que se expresa en la ciencia y la técnica principalmente a

través de las patentes. La protección de estos derechos de propiedad intelectual es una herramienta para garantizar la ventaja comparativa que había asegurado hasta entonces la supremacía tecnológica de los países desarrollados.

Por lo que respecta a los medicamentos, en el momento de la firma de estos acuerdos se valoraron una serie de posibles repercusiones. Las 3 principales fueron:³⁴

1. Podría servir para estimular la I + D (no se ha cumplido en las enfermedades tropicales).
2. Podría provocar una tendencia a la homogeneización de los precios, pero al alza tendiendo a aproximarse a los de los EE.UU. (sí se ha cumplido). La evidencia del impacto de las patentes sobre los precios es contundente. Típicamente, en el caso de los medicamentos por prescripción, las patentes añaden 400-500 % o mucho más al precio del producto. Por esta razón, la tasa de beneficio sobre ventas de las empresas farmacéuticas es notablemente superior a la del conjunto de las 500 empresas más grandes del mundo.³⁴
3. Limitaría las transferencias de tecnología a los países en vías de desarrollo (sí se ha cumplido).

En noviembre de 2001 los líderes mundiales firmaron la Declaración de Doha, que antepone la salud de las personas a los beneficios económicos. En la declaración se afirma que los países subdesarrollados pueden anteponer las garantías de salud pública a las leyes de propiedad intelectual de la OMC con el fin de asegurar el acceso a medicamentos genéricos más baratos. Seis años después, a las personas más pobres de los países subdesarrollados todavía se les niega el acceso a medicamentos baratos que pueden salvar sus vidas.

CONCLUSIONES

Los medicamentos tienen una significativa función en la prevención y curación de las enfermedades. La explosión en la producción y comercialización durante los últimos años condujo al desarrollo y consolidación del sector farmacéutico, convirtiéndose en líder mundial. Ello no impidió que a finales de siglo pasado bajo la influencia de múltiples procesos económicos, sociales y culturales, creciera la brecha entre los países ricos y pobres en el consumo de fármacos. Elemento primordial en la explicación de esta situación es el dominio y orientación por parte de las transnacionales farmacéuticas de la producción y comercialización internacional de medicamentos.

Actualmente $\frac{3}{4}$ partes de la población mundial tienen poca o ninguna posibilidad de adquirir los medicamentos esenciales. La situación actual es insostenible y, por lo tanto, se trata de ir a alternativas diferentes de las que hoy existen.

Parece obvio que el acceso a los medicamentos de las poblaciones de niveles de ingresos bajos en los países subdesarrollados seguirá dependiendo de la buena voluntad de la comunidad internacional y de las empresas farmacéuticas. Pero para la mayor parte de estos países no parece una estrategia aconsejable dejar la solución de un problema tan esencial para la salud pública de un país a la discreción y buena voluntad de los países desarrollados y las transnacionales farmacéuticas.

Estas no darán jamás solución a estos problemas ya que sus objetivos son exclusivamente económicos, de obtención de beneficios, pues se trata de uno de los sectores económicos más rentables, y no de salud pública, que es desde donde debe plantearse la crisis actual de acceso a las tecnologías médicas. La experiencia reciente sugiere que estas normas son funcionales a la lógica dominante de maximizar las ganancias en la producción de medicamentos y, por tanto, contradicen las consideraciones asociadas al "valor social" de este tipo especial de producto.

La acción es crucial en 4 áreas en las que deben participar los estados, la Organización Mundial de la Salud, la OMC, la industria farmacéutica y las asociaciones médicas.

- La reanudación de la producción de medicamentos abandonados y la protección de medicamentos esenciales cuya producción está en peligro de ser abandonada.
- El incremento de la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos para responder a las necesidades de las poblaciones pobres.
- El establecimiento de una política real de precios equitativos, que se traduzca en precios significativamente inferiores para los pacientes de los países pobres.
- Garantizar el suministro de medicamentos esenciales para todos.
- Inversión en la infraestructura de salud, organización y accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Una transferencia de tecnología que permita el desarrollo de industrias nacionales o regionales capaces de producir medicamentos genéricos de calidad.

Otras políticas son posibles si existiera la voluntad, hoy inexistente en aquellos países, de enfrentarse con los enormes *lobbies* financieros y empresariales que están detrás de las políticas neoliberales. Si en algún área existen razones suficientes para lograr un consenso alternativo con respecto a la preferencia de consideraciones extraeconómicas en las regulaciones internacionales, es en la del acceso a los medicamentos y la salud mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López H. El millonario negocio de los medicamentos. Rebelión 2007. Disponible en: http://www.eleconomista.cubaweb.cu/2007/nro300/300_087.html
2. Bezruchka S. Is Globalization Dangerous to our Health? Western Journal of Medicine. 2000; 172: 332-334.
3. López H. Medicinas para curar o...negociar. Rebelión 2007. Disponible en: http://www.boletinfarmacos.org/112007/economía_América_Latina.asp
4. Castro F. Ciencia, Tecnología y Sociedad. La Habana: Editora Política. 1991.

5. CEPAL. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Serie Documentos Reproducidos no. 41. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1994.
6. E. de B. Los países ricos y los laboratorios impiden que lleguen fármacos baratos. Rebelión 2007. Disponible en:
<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=46088>
7. Lage A. Las Biotecnologías y la Nueva Economía: Crear y valorizar los bienes intangibles. Biotecnología Aplicada.2000; 17: 55-61.
8. Calzadilla GV, Rodríguez I, Lara H, Sotolongo T, Pérez JM. Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. Parte 3. Rev Cubana Med Milit 2007; 36(3). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138 - 65572007000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Collazo MM, Espinosa JA, Martínez A, Castro O, González D, Martínez JR. Análisis de la problemática para la adquisición de los antirretrovirales VIH/SIDA en los países del Tercer Mundo. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(4).
10. Lage A. La Economía del Conocimiento y el Socialismo: reflexiones a partir de la experiencia de la biotecnología cubana. Cuba Socialista.2004;3:27.
11. Lage A. Propiedad y expropiación en la economía del conocimiento. En: Ciencia, Innovación y Desarrollo. 2001;6(4):29.
12. Bermejo I. Patentes biotecnológicas. La OMC al servicio de las transnacionales. Boletín Solidaridad. 17 de mayo de 2004. Disponible en:
<http://www.visionesalternativas.com/militarizacion/articulos/biodiver/28.htm>
13. Caravantes M. Patentes: la apropiación ilícita de la biodiversidad. Rebelión 2003. Disponible en:
<http://www.rebelion.org/hemeroteca/ecologia/031230patentes.htm>
14. Sierra A. Comerciar con la salud. ARGENPRESS Buenos Aires, República Argentina. 2007 Edición No 1868.
15. Ramírez L. La industria farmacéutica y el poco ético régimen de patentes. La Nación, 2005.
16. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. 2008. Disponible:
<http://www.oecd.org/dataoecd/36/2/41303903.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud (OMS).Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el Futuro. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>
18. OMS/ONUSIDA/UNICEF. Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report. 2008. Available from:
http://www.who.int/hiv/pub/towards_universal_access_report_2008.pdf

19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estadísticas de Salud de las Américas. Las diez principales causas de defunciones en países de las Américas. Edición de 2006
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/index.html>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Statistics. Ten statistical highlights in global public health. 2008 Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf
22. Romero AF, Henríquez RD. Los medicamentos, las empresas transnacionales y los derechos de propiedad intelectual. En: Acosta JR ed. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p. 563-82.
23. W. Model The Drug Explosion. Clin Pharmacol Ther. 1961; 2: 1-7
24. Microsoft Encarta. 2007. Industria Farmacéutica. Microsoft Corporation 2006.
25. Bond P. Globalization, Pharmaceutical Pricing and South African Health Policy: Managing Confrontation with US Firms and Politicians. International Journal of Health Services 1999; 29: 4
26. Angel M. The truth about the drug companies. The New York Review of Books. 2004:52-7.
27. García F; Chassagnes O. Políticas de Innovación en Cuba: Una revisión de las políticas aplicadas en el desarrollo de la Industria Biotecnológica asociada a la Salud. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. Sociedad de Estados Iberoamericanos para la Educación la Ciencia y la Cultura. No 6 Mayo - Agosto 2003. Disponible en: <http://www.oei.es/revistactsi/numero6/articulo07.htm>
28. Lage A. Las biotecnologías y la nueva economía: crear y valorizar los bienes intangibles. Biotecnología Aplicada. 2000; 17(1):55-61.
29. OMS. Medicamentos esenciales. Disponible en: http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/
30. Dávila G. Problemas de acceso a medicamentos en los países poco desarrollados. Boletín Fármacos 2002. Disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org>
31. Peláez O. Barreras legales limitan acceso a medicamentos. Granma La Habana, domingo 19 de febrero, 2006: 50.
32. Graham D. Millennium Project Interim Report of Task Force 5 Working Group on Access to Essential Medicines. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/ths/ev/ACCESMDG-FEB04.pdf>
33. Pécoul B. Acceso a medicamentos esenciales en países pobres, ¿Una batalla perdida? JAMA. 1999; 281: 361-367.

34. Acevedo AJ. El Cafta y el Acceso a Medicamentos Esenciales 2004. Disponible en: <http://www.EcoPortal.net>

Recibido: 18 de septiembre de 2009.

Aprobado: 21 de octubre de 2009.

M. C. *Amarilys Torres Domínguez*. Instituto de Farmacia y Alimentos (IFAL), Universidad de La Habana. San Lázaro y L, La Habana, Cuba. Correo electrónico: amarilis@ifal.uh.cu

Tabla . Algunos datos de las principales transnacionales farmacéuticas

Transnacional	País	Datos	Ventas anuales dólares/euros
Pfizer Inc	EE.UU.	Primer laboratorio farmacéutico mundial. Primer productor mundial (8,2% de los medicamentos consumidos en el mundo). Produce un 6 % de los medicamentos comprados en Japón.	Más de 48 mil millones 52,5 mil millones en 2004
GlaxoSmithKline	Reino Unido	Segundo grupo farmacéutico mundial. El más grande de Europa. Vende un 23 % de las vacunas compradas en el mundo.	Más de 13 mil millones
Novartis AG	Suiza	Tercer grupo farmacéutico mundial (El tercero más grande de Europa). Vende un 5 % de las vacunas compradas en el mundo. Primer fabricante mundial de medicamentos genéricos	Más de 28 mil millones 36,7 mil millones en 2004
Sanofi-Aventis	Francia	Cuarto grupo farmacéutico mundial. Vende un 23 % de las vacunas compradas en el mundo.	Más de 25 mil millones
AstraZeneca Plc	Reino Unido	Quinto grupo farmacéutico mundial.	Más de 19 mil millones
Johnson & Johnson	EE.UU.	Sexto grupo farmacéutico mundial. Primer fabricante mundial de material médico.	Más de 53 mil millones
Merck & Co., Inc	EE.UU.	Séptimo grupo farmacéutico mundial.	Más de 22 mil millones 51,8 mil millones en 2002
Roche Holding	Suiza	Octavo grupo farmacéutico mundial	Más de 31 mil millones 40,6 mil millones en 2003
Wyeth	EE.UU.	Decimoprimer grupo farmacéutico mundial. Vende un 16 % de las vacunas compradas en el mundo.	Más de 15 mil millones
Bristol Myers Squibb Co	EE.UU.	Decimotercero grupo farmacéutico mundial.	Más de 21 mil millones
Bayer AG	Alemania	Decimocuarto grupo farmacéutico mundial.	Más de 30 mil millones

Fuente: <http://www.transnationale.org>