

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H)
Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez

**CIENCIA Y POLITICA:
EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN EL MUNDO DE HOY**

*Dra. Ismary Alfonso Orta. Calle 60 Núm. 714 entre 7ma. A y 7ma. B. Miramar.
Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 206 5603.

isma.alfonso@infomed.sld.cu

ialfonso72@yahoo.es

**Lic. Efraín R. Sánchez de la Cruz. Micro 10, Alamar. Habana del Este. Ciudad de La Habana.

*Especialista Segundo Grado Farmacología. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Profesora Auxiliar.

**Profesor e Investigador Auxiliar. Dpto. Extensión Universitaria. Facultad de Ciencias. General Calixto García Iñiguez.

RESUMEN

Con la finalidad de empleo en la docencia de pre y post grado, el trabajo analiza la situación de desigualdad e inequidad existente en el mundo asimétrico actual. Se explica la intensificación de la internacionalización de las relaciones capitalistas, el carácter excluyente de la globalización neoliberal y el objetivo de las transnacionales en cuanto a la acumulación creciente de riquezas. Partiendo de esos factores, se explican las causas del no acceso de una parte mayoritaria de la Humanidad a los medicamentos, la gran contradicción existente entre los múltiples logros de la Farmacología y el no acceso regular de una parte mayoritaria del mundo, ni siquiera a los medicamentos esenciales.

Se argumenta la importancia de los genéricos, así como la oposición de las transnacionales farmacéuticas a su producción en países subdesarrollados amparándose en el monopolio sobre las patentes, en el respaldo de la OMC a los derechos de propiedad intelectual (ADPIC/TRIPS) para mantener altos precios de los medicamentos inaccesibles para el tercer mundo.

Se aborda la influencia que sobre esta situación tienen factores como el sistema social, las ideologías predominantes, las ideas que rectorean la investigación científica, la salud pública y la producción de medicamentos. Se señalan consecuencias sociales de estos monopolios por parte de las transnacionales y de los precios prohibitivos, la necesidad de que otros principios rijan en esta esfera y la importancia del enfoque bioético al respecto.

Palabras clave: Medicamentos esenciales, acceso, desigualdad mundial.

INTRODUCCION

Durante los últimos 20 años los costos de la salud se incrementaron de forma sostenida en todo el mundo. Se trata de la mayor de las pestes que afectó a la humanidad: la peste verde. Una enfermedad infecciosa surgida hace un cuarto de siglo que se propagó en el Norte y el Sur, entre ricos y pobres. Su principal síntoma es el aumento en los costos de la atención médica. Sus causas son múltiples, pero, entre ellas, el incremento en el precio de los medicamentos adquiere creciente protagonismo.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que un tercio de la población mundial, 2 000 millones de personas, no tiene acceso regular a medicamentos esenciales. Esta situación trasciende el ámbito de la salud, ya que supone también un problema social, económico y ético. Las causas de esta falta de acceso son múltiples, desde la falta de investigación y desarrollo hasta la aplicación de las leyes de comercio de forma poco favorable a la protección de la salud pública. Las posibles soluciones también provienen de todos los sectores implicados; desde las mismas personas necesitadas de los medicamentos esenciales, pasando por los profesionales sanitarios, instituciones públicas, la industria farmacéutica, organizaciones internacionales y ONG's.² El acceso a estos medicamentos esenciales depende de "los sistemas de abastecimiento, de la financiación, el uso racional de los fármacos y, sobre todo, de su precio".³ El predominio

irrestringido de las marcas comerciales, o nombre de fantasía, contribuye a la irracionalidad en el uso de los medicamentos; favorece un crecimiento desproporcionado del gasto en salud y, fundamentalmente, impide que un bien de primera necesidad, esencial para el bienestar de los pueblos, se ponga al alcance de todos. Cuando se receta por el nombre genérico de los fármacos, los consumidores pueden optar por las marcas más accesibles de un mismo principio activo, sin resignarse a no iniciar o a interrumpir los tratamientos.^{4, 5, 6,7}

Por estas razones, nuestro trabajo mediante el Método Bibliográfico se trazó como objetivo: analizar el estado del acceso a los medicamentos y factores sociales principales influyentes en esa situación, sobre la base de la interrelación ciencia–sociedad en el asimétrico mundo contemporáneo.

Como resultado, nos propusimos lograr una aproximación panorámica global a la situación real de dificultades e inequidades prevalecientes en el acceso a los medicamentos y la identificación de factores que propician esa situación.

Elaborar un material didáctico de apoyo a la docencia, que aporte una visión global en cuanto a la situación mundial de acceso a los medicamentos, así como las dificultades e inequidades existentes al respecto en medio de los procesos globalizadores neoliberales actuales.

DESARROLLO

Los objetos, sucesos, conductas e ideas, los resultados de la actividad humana, cumplen determinadas funciones sociales, poseen determinada significación social, viabilizan u obstruyen el desarrollo progresivo de la sociedad y en correspondencia con ello constituyen valores o, por el contrario, antivalores.⁸ La salud humana que puede ser definida como la calidad de la existencia de los seres humanos determinada por su relación armónica con el medio social natural que le corresponde es identificada por la Humanidad como un valor fundamental. El acceso a los medicamentos es, consiguientemente, algo indispensable. Sin embargo, cuando nos adentramos en el análisis de la situación mundial de los mismos, nos percatamos de fenómenos que obedecen a la irracionalidad, al egoísmo, a la ausencia de humanismo, y de solidaridad. La falta de acceso a los medicamentos está entre las causas principales de que cada año mueran unos 5 millones de niños en los países subdesarrollados por enfermedades infecciosas y parasitarias. Asimismo, en el millón 300 mil que

mueren anualmente en América Latina antes de cumplir los 2 años de edad y en los 11 millones que en ese período mueren a nivel mundial antes de alcanzar los 5 años. Estas cifras son exponentes de una paradójica situación, pues ocurre cuando la revolución científico-técnica ha impulsado todas las ramas del saber y ha dotado a los científicos de un enorme poder de influir o provocar cambios, revertir, transformar (e incluso de manera radical) procesos naturales, sociales, y de modo profundo -aunque con consecuencias no siempre previsibles- su propia naturaleza.^{9, 10} En este sentido, viene a colación el hecho de que en el mundo actual se produce una intensificación en el proceso de internacionalización de las relaciones capitalistas, acorde con la vocación planetaria y la necesidad capitalista de la reproducción ampliada del capital. Tiene lugar la transnacionalización Monopolista del Estado, un incremento de la interdependencia de los pueblos, un acortamiento de tiempos y distancias; es decir, un proceso de globalización, que aunque incluye determinados aspectos civilizatorios adolece de transcurrir bajo influencias del neoliberalismo por lo que genera una profundización de los abismos de desigualdades sociales consustanciales al capitalismo, promueve la inequidad e injusticia social. La ideología neoliberal está diseñada para proporcionar legitimación y justificación a las injustas asimetrías políticas, económicas y sociales, las que a partir de las desmesuradas apetencias de acumulación de riquezas del capitalismo transnacional impera hoy a escala mundial. Se promueve y aplica hoy en la práctica social un proyecto que presupone “la existencia de excluidos estables de los beneficios del desgarro”.¹¹

¿QUE ES EL NOMBRE GENERICO DE UN MEDICAMENTO?

El nombre genérico o DCI (Denominación Común Internacional) no es otra cosa que el verdadero nombre de los medicamentos. Es la denominación con que se conocen y divulgan en los medios científicos y académicos.¹²

Cuando un estudiante de Medicina se instruye respecto a cómo tratar un determinado cuadro clínico, aprende a prescribir el medicamento por su nombre genérico y no por su marca comercial. Luego, con la práctica, a lo largo del tiempo, la constante presión del *marketing* de la industria altera ese hábito saludable. De modo que sólo se trata de volver a las fuentes, a la ciencia, de

recuperar un saber y una práctica que jerarquizan la profesión y le dan una gran proyección social en estos momentos.¹²

Al recetar el verdadero nombre del medicamento, es decir, el genérico, el médico está favoreciendo el acceso de su paciente al medicamento y brindándole, al mismo tiempo, la posibilidad de elegir entre distintas marcas, presentaciones y precios.

Falsificaciones y producto subestándar

Los medicamentos deben producirse según las buenas prácticas de fabricación.¹³ Desgraciadamente, muchos países en vías de desarrollo no tienen los recursos tecnológicos, financieros o humanos necesarios para poner en práctica estos estándares y algunos países desarrollados son quizás menos estrictos cuando el producto que se fabrica está destinado a la exportación, sobre todo, hacia países subdesarrollados. Hoy en día, la calidad de los medicamentos y, por tanto, su eficacia y seguridad es cada vez menos certera, especialmente para los países más pobres, quienes se ven atraídos por medicinas con menor precio, vendidas fuera de las farmacias.

En los últimos años se ha apreciado un aumento de la prevalencia de falsificaciones y productos subestándares en el mercado. Los medicamentos falsificados son aquellos que imitan a los auténticos; medicamentos subestándares son aquellos producidos con poca o ninguna atención a las buenas prácticas de fabricación.

Por ejemplo, durante la epidemia de meningitis de Níger en 1995 (41 000 casos notificados), las autoridades de ese país organizaron una campaña masiva de vacunación. En marzo de 1995, Níger recibió una donación de 88 000 vacunas Pasteur Mérieux y SmithKline Beecham desde la vecina Nigeria. Un equipo de Médicos sin Fronteras (MSF) que trabajaba con las autoridades locales, notó que las vacunas de Nigeria tenían un aspecto extraño (ejemplo: Dificultades en su reconstitución, filamentos negros en solución). Se realizaron investigaciones y los laboratorios Pasteur Mérieux confirmaron que ni los números de lote ni las fechas de caducidad correspondían a sus registros. Las vacunas suministradas habían sido sustituidas por productos falsificados. Los análisis realizados no encontraron trazas de principio activo, y confirmaron que eran falsos. Los viales y etiquetas habían sido copiados hasta la perfección.^{14, 15}

Una calidad deficiente puede ser accidental, sin intención de fraude, pero fallos en la producción o negligencia en los controles, pueden tener consecuencias trágicas. Este fue el caso en décadas recientes con jarabes de acetaminofén que contenían, por error, un ingrediente letal.^{16, 17}

Precios prohibitivos

El precio prohibitivo de los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de pacientes con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida es un tema bien conocido.¹⁸ Hay muchos otros ejemplos de medicamentos para los que, simplemente, no es posible afrontar su costo, muchos de los cuales han sido comercializados recientemente y, por tanto, todavía están protegidos por patentes.

La disentería por *Shigella dysenteriae* tipo 1 es extremadamente contagiosa y, sin un tratamiento eficaz, es letal en 5% a 15% de los casos.¹⁹ Desde 1979, esta enfermedad ha causado grandes epidemias en Africa, por ejemplo, Malawi en 1992 y 1993²⁰ y Burundi en 1994.^{19, 21, 22}

La bacteria *Shigella dysenteriae* tipo 1 se hizo rápidamente resistente a los tratamientos tradicionales. Los únicos antibióticos eficaces actualmente son las fluoroquinolonas (ejempl: ciprofloxacino y norfloxacino). Sin embargo, el tratamiento con estos nuevos medicamentos es 10 veces más caro que el tratamiento tradicional con el ácido nalidíxico (aproximadamente 2\$ vs 20\$).²³

En 1997, se firmó un acuerdo especial entre los laboratorios Bayer y MSF (Médicos sin Fronteras) para tener disponibilidad del tratamiento con ciprofloxacino a un precio unitario de 2\$ por tratamiento para 50 000 pacientes. Este ejemplo muestra que es posible encontrar soluciones a corto plazo con la industria farmacéutica, pero aún no se han previsto soluciones a largo plazo.

Un estudio reciente sobre la meningitis bacteriana por *Streptococcus Pneumoniae* en niños con edades comprendidas entre 2 meses a 3 años, demostró que el uso de ceftriaxona sódica podía reducir la mortalidad entre 66% a 32%, comparado con el tratamiento con cloranfenicol oleoso.²⁴ Ambos

antibióticos presentan una acción prolongada y requieren muy sencillos protocolos (una inyección intramuscular al día durante períodos cortos) y, por tanto, son igualmente fáciles de usar en condiciones adversas. Sin embargo, el tratamiento con ceftriaxona es 10 veces más caro que con cloranfenicol.²⁴ La infección por *Streptococcus Pneumoniae* es también una de las principales causas de graves infecciones agudas del tracto respiratorio - la primera causa de mortalidad infantil en Africa.²⁵ Por tanto, la ceftriaxona es vital, pero inaccesible económicamente para las poblaciones que más lo necesitan.

El fijar precios prohibitivos también influye en la prevención si las nuevas vacunas son inaccesibles para las poblaciones con mayor riesgo. Por ejemplo, las vacunas contra el virus de la Hepatitis B o *Haemophilus*, son inaccesibles debido a su elevado precio. Las vacunas de la Hepatitis B, una enfermedad predominantemente localizada en el Este de Asia y en Africa Sub-Sahariana, son 10 veces más caras que otras vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización promovido por UNICEF.²⁶

Investigación y desarrollo de nuevos medicamentos

Desde 1975 al 1997, se han comercializado 1 223 nuevas entidades químicas, de las cuales 379 (30,9%) se consideran novedades terapéuticas, pero sólo 13 (1%) son específicas para enfermedades tropicales. Dos de estos 13 medicamentos son, de hecho, actualizaciones de versiones de productos anteriores (nuevas formulaciones de pentamidina y amfotericina B), 2 son el resultado de la investigación militar (halofantrina hidrocloreuro y mefloquina), 5 proceden de la investigación veterinaria (albendazol, benznidazol, ivermectina, oxamniquina y praziquantel) y sólo 4 (0,3%) podrían considerarse como resultado directo de actividades de I+D de la industria farmacéutica (artemetero, artovacuna, eflornitina y nifurtimox).²⁷

Así, pareciera que la I+D farmacéutica esté abandonando las enfermedades tropicales. Hay 4 razones principales para este cambio:

- 1 Costes y Riesgos de I+D en Relación al Bajo Nivel Adquisitivo de los Países en Vías de Desarrollo.
2. Giro hacia una producción más rentable.
- 3 . Competencia y falsificación de medicamentos.

4. Coste de Adhesión a los Estándares de Calidad.²

La ciencia es un fenómeno social; consiguientemente las peculiaridades de su evolución tienen lugar en medio de un complejo proceso en el que, por una parte, influye su propia lógica interna, la curiosidad científica y, por otra, fundamentalmente la influencia sobre ella de diversos factores.

En el caso que nos ocupa, la Farmacología, sus investigaciones, su desarrollo y la aplicación social de sus resultados no escapan a la influencia de factores como el régimen social dado, las concepciones ideológicas, políticas, económicas, jurídicas, morales, filosóficas, sociológicas y ecológicas, que en la sociedad dada prevalezcan: sobre el Hombre y que lo ubiquen o no, como valor supremo en la sociedad; sobre el papel del Estado en cuanto a la salud pública; sobre la ciencia, sus funciones y objetivos sociales y concretamente las ideas acerca de si es el Hombre, su bienestar, su salud y su progreso, quienes confieren sentido a la ciencia o si debido a la influencia de la ideología y la psicología empresarial, la ciencia deviene mercancía y es la obtención de ganancias crecientes lo que le confiere sentido.

Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico. Esto implica que toda persona puede disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y estar informada sobre ellos.

El acceso al progreso científico es un derecho fundamental establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948; sin embargo, actualmente un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos esenciales asequibles, lo que supone una sentencia de muerte prematura para la mitad de la población de los países en desarrollo. Mientras el VIH/SIDA es la causa principal de mortalidad en Africa, la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales sufre obstáculos relacionados con la legislación internacional sobre la propiedad intelectual protegida por acuerdos comerciales, el coste económico desorbitado de los medicamentos y la escasa inversión en investigación que impiden que las poblaciones afectadas disfruten de su derecho a la salud pública.⁸

La formación continua para profesionales de la salud, la difusión de datos farmacológicos fidedignos y el incremento de la gestión de medicamentos son

pasos fundamentales para mejorar la calidad de la atención en el mundo en desarrollo.

Dos características económicas de los medicamentos justifican la necesidad de formular acciones para mejorar el acceso por parte de la población a los mismos. En primer lugar, la alta dispersión de precios para un mismo medicamento. En segundo lugar, el carácter altamente regresivo de su financiación. Se denomina dispersión de precios al margen de variación que se registra entre el máximo y el mínimo valor a que es ofertado un mismo bien en un mercado determinado. En el caso de los medicamentos, la variación debe considerarse entre las diferentes presentaciones comerciales de un mismo genérico a idénticas dosis. Por ejemplo, en Argentina en abril del 2002, se registran múltiples opciones comerciales del Bromazepan 3 mg. Cuando se considera las presentaciones de 20 comprimidos los precios varían 427,8%. Si se piensan todas las presentaciones (20 y 50 comprimidos, siempre de 3mg) la variación del costo de cada comprimido llega a 469,2%.

La posibilidad de que se puedan comprar los mismos medicamentos a menor precio junto a la evidencia que son los pobres quienes más gastan en medicinas, ubica la política de medicamentos en un lugar prioritario no solo dentro de la agenda sanitaria, sino incluso en la de políticas sociales. Las políticas que permiten el acceso gratuito a medicamentos esenciales a los segmentos de menores ingresos pueden registrar un impacto distributivo superior al de las políticas que proveen alimentos y hasta educación básica.

Sin embargo, es importante destacar que entre las múltiples opciones que involucra la formulación de políticas de medicamentos la preocupación por mejorar el acceso representa sólo uno de los rumbos posibles. De hecho, se podría representar la problemática de la formulación de estas políticas a través de un triángulo en cuyos vértices se ubican la política industrial, la política de ciencia y tecnología y la política sanitaria.

Desde la perspectiva de la política de Ciencia y Técnica, la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo. Los gobiernos nacionales y locales utilizan para ello diferentes herramientas de fomento a la innovación, tales como subsidios directos e indirectos, la protección de patentes, el desarrollo de programas de cooperación entre universidad y empresas, etcétera ^{1,2}

LOS HECHOS EN EL MUNDO

La falta de acceso a medicamentos efectivos en los países en desarrollo es un importante problema de salud pública en materia de salud sexual y reproductiva.

- Los factores que contribuyen a la falta de disponibilidad de medicamentos esenciales y eficaces son, entre otros, la ausencia de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para enfermedades que afectan a los más pobres, los derechos de monopolio de las compañías farmacéuticas multinacionales y el desfase entre el precio y el coste del producto.
- La epidemia del SIDA cobró más de 3 millones de vidas en 2002 y se estima que 5 millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del año, lo que eleva a 42 millones el número de casos en todo el mundo, de los que 95% se dan en países en desarrollo, donde sólo 4% de las personas afectadas tiene acceso a terapia antirretroviral. El 50% de los adultos afectados son mujeres.
- Los países en desarrollo tienen dificultades para justificar sus emergencias sanitarias y recurrir a los medicamentos genéricos, mientras en los países desarrollados se llega fácilmente a acuerdos de abaratamiento con las grandes compañías cuando hay amenaza para la salud pública. El significado de "emergencia" varía según la zona geográfica donde se produzca.

LA INCIDENCIA DE LAS PATENTES

Una de las principales causas del precio de los fármacos es la aplicación del llamado Acuerdo TRIPs, sobre Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio que regula las patentes de los fármacos. Velázquez denunció que "patentes equivale a monopolio y precios altos", al tiempo que "la investigación se basa en posibles mercados, no en las necesidades reales" de los problemas más acuciantes de salud.

El profesor de Economía de la Salud de la universidad norteamericana de Berkeley, Richard Scheffler, recordó que, en 2002, el gasto farmacéutico mundial sumó 406 000 millones de dólares, la mayoría concentrados en EE.UU., Europa y Japón. "Africa sólo mereció el uno por ciento del gasto mundial, cuando es el continente que concentra la mayoría de patologías."

Para reconducir esta situación y, en especial, el impacto de las patentes, la OMS reclamó "flexibilizar" los Acuerdos TRIPs sobre propiedad intelectual. En noviembre de 2001, la reunión interministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) de Doha (Qatar), reconoció la gravedad del problema y la preocupación de los 150 países firmantes sobre la incidencia de las patentes.

Al mismo tiempo, los "acuerdos bilaterales de comercio que se firmaron entre EE.UU. y países pequeños", como Jordania, Chile, Costa Rica o Singapur, implicaron "un paso atrás", ya que "ampliaron las patentes de 20 a 25 años". Cuba es un ejemplo de lo que puede hacerse a partir de ideas rectoras diferentes y una voluntad política favorable, a pesar del impacto negativo que ejerce el bloqueo sobre los medicamentos.

El acceso de la población cubana a servicios de salud y educacionales gratuitos, el funcionamiento de un eficiente sistema de salud y la posibilidad real de acceso a los medicamentos han hecho posible que un pequeño país del tercer mundo, como Cuba, que dispone de recursos limitados y que ha estado sometido al bloqueo norteamericano (que incluye los medicamentos) pueda exhibir resultados como los siguientes:

A. La mortalidad infantil en el año 2006 disminuyó hasta 5,3 por mil nacidos vivos. Este es un muy sensible indicador de salud que revela la protección y cuidado de la sociedad a favor de la madre y el niño. La tasa promedio actual de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe es 6 veces mayor que la de Cuba.⁴ En nuestro país el presupuesto para salud pública es 87,3 veces superior al de 1958.

B. La voluntad política para hacer funcionar el sistema de salud, la asignación de recursos necesarios y el acceso a los medicamentos han contribuido a que la perspectiva de vida de los cubanos sea ya de 76,15 años (muy próxima a las cifras de los países desarrollados).

C. El desarrollo de inmunización abarca una protección contra 13 enfermedades para 98% de los niños, quienes en sus primeros 2 años de vida reciben 19 dosis de vacunas. La OMS, la OPS y la UNICEF han avalado los resultados obtenidos en Cuba donde se han eliminado enfermedades como la Poliomiélitis (1962), la Difteria (1979), el Sarampión (1993), la Rubeola y la Parotiditis (1995), la Tos ferina (1997), la forma clínica del Tétano neonatal (1972), el

síndrome de rubeola congénita y la meningoencefalitis pos-parotiditis (1989), erradicación prácticamente en 90% de enfermedades producidas por el *Haemophilus Influenzae*, reducción en 98% de la Hepatitis B en menores de 15 años.⁵ Todo esto ha requerido masivas y sistemáticas campañas de vacunación a partir de la prioridad de la salud valorada como el primero de los derechos humanos.

D. Si antes de 1959, morían anualmente más de 1 000 cubanos por la tuberculosis, que era un grave problema de salud, hoy Cuba posee grandes posibilidades de eliminar ese mal ⁷ del que se infectan cada año unos 8 millones de personas y mueren 2 millones cada año a nivel mundial. En Cuba, se logra la curación de más de 85% de los enfermos de tuberculosis con un tratamiento multidroga de corta duración supervisado (DOTS, según siglas en inglés). El Estado entrega al enfermo 100% de su salario durante el tratamiento. El funcionamiento del Sistema de Ciencias e Innovación Tecnológica Cubano incluyó directamente en el desarrollo de la industria biofarmacéutica, ubicándose esta entre el reducido grupo de países subdesarrollados que han alcanzado avances concretos en esa esfera económica donde predominan los países altamente desarrollados.

Entre las principales prioridades nacionales en la actividad científico-técnica expresadas en los 8 Programas Científicos Técnicos (PCT), se incluyó el Programa de Biofármacos y Vacunas que se propone entre otros objetivos:

- a) Continuar el desarrollo de formulas farmacéuticas y tecnológicas novedosas.
- b) Profundizar los trabajos de I+D en el empleo de la Biotecnología.
- c) Continuar el completamiento de metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud.
- d) Incrementar la sustitución de importación mediante la producción de productos conocidos o novedosos.
- e) Incrementar aprovechamiento de fórmulas farmacéuticas a partir de productos naturales.
- f) Contribuir al incremento de exportación de productos biotecnológicos y farmacéuticos.
- g) farmacéuticos.

APORTE SOCIAL

El trabajo elaborado resulta de utilidad: para complementar la autopreparación del personal docente y contribuir a su superación, en el pregrado contribuye a reforzar en los futuros prescriptores los conocimientos concernientes a los medicamentos esenciales, los genéricos, el papel de las transnacionales farmacéuticas y las consecuencias sociales de los altos precios que fijan a los medicamentos.

El trabajo también aporta un material de estudio complementario para los profesionales que asisten a los postgrados de Problemas Sociales de la Ciencia y Tecnología, debido a las relaciones ciencia–política–ideología y la no neutralidad de la ciencia que se abordan en su contenido.

Estos conocimientos permiten configurar una contrapartida a la frecuentemente engañosa propaganda que difunden las transnacionales farmacéuticas con el objetivo de continuar la acumulación de ganancias multimillonarias.

Por lo antes expuesto, este trabajo:

- Contribuye a elevar la calidad del proceso docente.
- Constituye un material actualizado de apoyo a la docencia.
- Desde el punto de vista social puede contribuir a la divulgación de las diversas influencias a las que son sometidas la ciencia y sus logros en un escenario mundial asimétrico debido a los procesos globalizadores que transcurren rectorados por el neoliberalismo, el mercado y el afán de ganancias.

CONCLUSIONES

El acceso a los medicamentos de las poblaciones más pobres mejoraría enormemente mediante la investigación de nuevas formas de medicamentos ya existentes (ejemplo: acción sostenida o formulaciones rectal) y el desarrollo de protocolos de tratamiento más sencillos (ejemplo: tratamientos cortos o “una sola dosis”). Este tipo de investigación no se podrá desarrollar a menos que se dediquen recursos técnicos y financieros y, lo que es más importante, a menos que nuevos criterios de eficacia se apliquen al tratamiento en estudio.

Un diagnóstico claro

Hay diferentes razones por las cuales un elevado porcentaje de la población mundial no puede utilizar los medicamentos que necesitan, en la cantidad

adecuada o en el momento oportuno, entre otras: falta de investigación y desarrollo de medicamentos para patologías tropicales, falta o insuficiente producción de medicamentos, sistemas de distribución inadecuados, pautas de tratamiento largos y complejos que llevan a un abandono de los mismos, resistencias a los tratamientos antiguos que han dejado de ser eficaces. El alto precio de los algunos medicamentos es otra de esas razones.

La Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales, fue oficialmente iniciada en 1999, es de carácter internacional y tiene como objetivo disminuir la gran brecha existente entre países ricos y pobres en cuanto al acceso a medicamentos esenciales.

RECOMENDACIONES

1 Emplear aspectos de este material en la impartición de temas de Farmacología, en general, así como en los temas que proceda en los casos de postgrado de Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología.

2 En ese sentido, caracterizar la política de Salud Pública y de distribución de medicamentos que se sigue en Cuba, como alternativa que sitúa al Hombre en el centro de atención, su salud y calidad de vida, y no al mercadeo, la competencia y la ganancia.

3 Gestionar la reproducción del presente material para situarlo en las Bibliotecas de las facultades de Ciencias Médicas.

ABSTRACT: Science and Politics: Access to medications in today's World.

With the purpose to apply in docency of pre and post graduates, the present work analyzes the disparity and inequity in today's asymmetric world. It explains the internationally intensified capitalists relations, the excluding character of the neo liberal globalization and the international corporation's objective about the increasing accumulation of wealth.

Coming from these factors, the causes of no access to medications of a great part of mankind, not even to essential medications are well explained.

It is underlined the importance of generic medications as well as the opposition of international pharmaceutical corporations to its production in underdeveloped countries setting back the monopoly of the patents, with the withstand of the

OMC to property and intellectual rights (ADPIC/TRIPS) to keep unaccessible high prices to medications to third world countries.

It is approached the influence that above these factors, has the social system, the predominant ideology, the ideas that lead scientific investigation, public health and medications production. It is also pointed out the social consequences of these international corporations and the prohibitive monopolies about prices , the need that other principles direct this area and the importance of a bioethical approach about it.

Key Words: Essential medications, Access, World inequities.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tobar F. Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Boletín Fármacos. julio 2002;5(3) Disponible en:
http://www.boletinfarmacos.org/072002/ventana_abierta.asp - 15KB - 09 Aug 2003
2. Farmamundi.org (homepage on the Internet). Valencia: Inscrita en el Reg. Nacional de Asociaciones con nº de protocolo: 105764 Autorización V-24-AM de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. [citado 5 noviembre 2005] Disponible en:
<http://www.farmaceuticosmundi.org/farmamundi/main.php?opcion=noticias¬icia=all&year=2005>
3. DeBanners M. Expertos consensúan el sistema de acceso a los recursos genéticos sin que los indígenas pierdan el control sobre ellos. EUROPA PRESS 25 enero 2006. Disponible en:
<http://www.lukor.com/ciencia/noticias/0601/25183040.htm>
4. Velchoff DR, Donato OA (editores). Medicamentos Genéricos. La controversia desatada entre los distintos actores de la salud (monografía en

Internet). Argentina: Salud y Sociedad; 2002. [Citado 11 diciembre 2002].
Disponible en: <http://www.salud.bioetica.org/medgen.htm>

5. MSF. Fracasa la ampliación de la precualificación de medicamentos de la OMS Boletín Fármacos. junio 2005;8 (3). Disponible en:
<http://www.boletinfarmacos.org/062005/comunicaciones.asp>

6. Pécoul B, Chirac P, Pinel J. Acceso a medicamentos esenciales en países pobres ¿Una batalla perdida? The Journal of the American Medical Association (JAMA). January 27;281: 361-367;, 1999. Disponible en:
http://www.msf.es/images/batalla_perdida_tcm3-1369.pdf

7. MSF. "6 millones morirán sin tratamiento". BBC mundo 02 de junio de 2003.
Disponible en:
http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_2955000/2955736.stm

8. Fabelo J. Los valores y sus desafíos actuales. La Habana:Editorial José Martí; 2003, p.51.

9. Barreras A y Colectivo de autores. Filosofía y Ciencia de la salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación: 1991, p.19.

10. Castro F. Mensaje a la XI Conferencia de la UNTAD. Periódico *Trabajadores*. La Habana. 14 junio 2004, p.8.

11. Miranda H. "Introducción o entrando al ajuste". En: G. Valdés, Miranda, H. *et al*. Las trampas de la globalización. Paradigmas emancipatorios y nuevos escenarios en América Latina. La Habana: Editorial José Martí; 1999, p. 79.

12. Leyva R. Uso de medicamentos genéricos intercambiables en México. Salud pública. Cuernavaca, México. sept./oct. 1999;41 (5). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636341999000500013&script=sci_arttext

13. World Health Organization. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Geneva, Switzerland: World Health Organization: WHO Technical Report; Series 863;1996.
14. Pinel J, Varaine F, Fermon F, Marchant G, Marioux G. Des faux vaccins anti-meningocoque lors d'une epidemie de meningite au Niger. *Med Maladies Infect.* 27:1-563;1997.
15. World Health Organization. Fake drugs: a scourge on the system. *WHO Drug Inf.* 9:127-129; 1995.
16. O'Brien KL, Selanikio GD, Hecdivert C, et al. Epidemic of pediatric deaths from acute renal failure caused by diethylene glycol poisoning. *JAMA.* 1998, 279:1175-1180.
17. Shakoor O, Taylor RB, Behrens RH. Assessment of the incidence of substandard drugs in developing countries. *Trop Med Int Health.* 1997,2:839-845.
18. Coll-Seck A, Sylla A, Over M. *et al.* Implications of therapies for developing countries. Geneva, Switzerland: Paper presented at: XII International Conference on AIDS. June 28-July 3, 1998.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality From Dysentery in Africa: A Follow-up Study in Burundi. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention. CDC internal report. 1993.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality From Dysentery in Africa: A Follow-up Study in Burundi. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention. CDC internal report.1993.
21. Paquet C, Perea W, Grimont F. *et al.* Aetiology of haemorrhagic colitis epidemic in Africa. *Lancet.* 1993;342:175.

22. Paquet C, Leborgne P, Sasse A, Varaine F. An outbreak of *Shigella dysenteriae* type 1 dysentery in a refugee camp in Rwanda. *Sante*. 1995;5:181-184.
23. Paquet C, Van Soest M. Mortality and malnutrition among Rwandan refugees in Zaïre. *Lancet*. 1994;344:823-824.
24. Varaine F, Keita M, Kaninda AV. *et al*. Long acting chloramphenicol versus ceftriaxone for treatment of bacterial meningitis in children aged 2-35 months. Boston, Mass.: Paper presented at: Eighth International Congress on Infectious Diseases; May 15-18, 1998.
25. World Health Statistics Annual 1996. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.
26. Tandon BN, Acharya A, Tandon A. Epidemiology of hepatitis B virus infection in India. *Epidemiol Infect*. 1996;117:313-325.
27. International Strategies for Tropical Diseases Treatments: Experiences With Praziquantel. Boston, Mass.: Harvard School of Public Health; 1996.