Globethics Repository



Sida y justicia social [Aids and social justice]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	López Guzmán, José
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-11 20:17:07
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203623

SIDA Y JUSTICIA SOCIAL: INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y ECONOMÍA

AIDS AND SOCIAL JUSTICE: PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND ECONOMICS

José López Guzmán
Departamento de Humanidades Biomédicas
Universidad de Navarra
Edificio Los Castaños
Universidad de Navarra
31008 Pamplona
948 42 56 00 (ext. 6559)
jlguzman@unav.es

Resumen

En este trabajo se ofrece una aproximación al amplio, y complicado, marco en el que se encuadran las relaciones entre el denominado tercer mundo y las compañías farmacéuticas. En la primera parte del artículo se hace referencia a la pobreza de esos países, a su falta de educación sanitaria, a la carencia de las básicas condiciones higiénicas,…y, por supuesto, también a su deficiente acceso a los medicamentos. En concreto, a los del sida. En segundo lugar, se aborda la cuestión del grado de responsabilidad de las compañías farmacéuticas en la carestía de medicamentos en algunas zonas del planeta. Uno de los factores que más limitan el acceso a los medicamentos es el de su precio. Desde amplios sectores se propone que se actúe sobre las patentes de los medicamentos (anulándolas o limitándolas) para rebajar su precio. El problema de la exención de patentes es mucho más complicado de lo que puede parecer en una primera aproximación y, por otra parte, es una medida que también tiene sus riesgos. Si por falta de recursos, o por dudar del posible retorno del capital, se frena la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, la terapia del sida se vería

notablemente agravada debido a que es perentorio desarrollar nuevos fármacos contra el virus del sida debido a la resistencias a los fármacos disponibles. La última parte del trabajo se ocupa del esfuerzo de la industria farmacéutica en investigar posibles vías de colaboración con los países en vías de desarrollo.

Palabras clave: Sida, industria farmacéutica, economía, justicia.

Abstract

This article takes a broad look at the complicated framework of relationships between the third world and pharmaceutical companies. In the first part of the work reference is made to the poverty of these countries, their lack of education in terms of health, the scarcity of basic hygiene, and their greatly limited access to medicines, especially those for treating AIDS. The article then proceeds to the issue of the pharmaceutical companies' degree of responsibility for the reduced availability of medicines in certain areas of the world. One of the factors that most limits access to medicines is their price, and many sectors of society propose taking action on the patents of drugs (rescinding or limiting them) in order to lower their price. However, the problem of patent exemption is more complicated than it seems at first glance, and comes with its own risks. If, for lack of funds or the uncertainty concerning a return on the capital invested, pharmaceutical companies discontinue research and development of new drugs, AIDS therapy would worsen. It is imperative and urgent to develop new drugs against the AIDS because of its resistance to the drugs currently available. The article concludes with the pharmaceutical industry's effort to look for possible forms of collaboration with developing countries.

Key words: AIDS, pharmaceutical industry, economics, justice.

1. Introducción

En una primera lectura de las palabras clave del enunciado de este artículo —sida/justicia social/industria farmacéutica/economía—, la mayoría de los lectores las habrán relacionado de la siguiente forma: «con el tratamiento del sida se cometen numerosas injusticias, la mayoría de ellas perpetradas por el interés económico de la industria farmacéutica». Es cierto que la actividad de la industria farmacéutica puede ser cuestionada, en ciertas ocasiones, por sus abusos en el tercer mundo o por su falta de sensibilidad en el tratamiento del sida. Pero no es ético generalizar la actuación de unos miembros de un colectivo a todo su conjunto, ni basar la reflexión en el claro reduccionismo de pensar que el problema de la propagación del sida, en los países en vías de desarrollo, sólo compromete a las compañías farmacéuticas.

En este trabajo se va a intentar ofrecer una aproximación al amplio, y complicado, marco en el que se encuadran las

relaciones entre el denominado tercer mundo y las compañías farmacéuticas. Para introducir la cuestión que nos ocupa hay que hacer referencia a la pobreza de esos países, a su falta de educación sanitaria, a la carencia de las básicas condiciones higiénicas,…y, por supuesto, también a su deficiente acceso a los medicamentos. Es bien conocido que en el mundo todavía hay sectores desfavorecidos de la población que tienen problemas para cubrir sus necesidades alimentarias, o para acceder a una educación o a un sistema sanitario. Y, por supuesto, hay grupos de población que tienen muy difícil el acceso al medicamento. Un dato que puede servir para ilustrar la anterior afirmación es que el 14% de la población mundial (Norteamérica, Europa occidental y Japón) consumen el 80% de los medicamentos, mientras que más de un tercio de la humanidad no tiene acceso a fármacos esenciales.

Podríamos preguntarnos cuál es el grado de responsabilidad de las compañías farmacéuticas en la carestía de medicamentos en algunas zonas del planeta. Indudablemente, las empresas farmacéuticas deben colaborar facilitando, a los más desfavorecidos, el acceso a los medicamentos. Pero eso no quiere decir que sean esas compañías las que tengan la máxima responsabilidad en ese asunto, ni que sean las únicas que pueden solventar el problema. Esa visión sesgada del conflicto ha hecho que muchos otros agentes sociales, cuya colaboración sería tan deseable como la de la industria farmacéutica, se desentiendan del asunto. En este sentido, se ha llegado a afirmar que si las compañías de agua potable y las empresas panificadoras facilitaran sus productos al tercer mundo se salvarían numerosas vidas (en la actualidad, 1.100 millones de personas carecen de acceso al agua potable). Incluso, el impacto sería, en un principio, mayor al que se obtendría con el mejor acceso a los medicamentos. Por ejemplo, se ha evidenciado que, en muchas ocasiones, los tratamientos para SIDA en Africa no son eficaces porque los pacientes no comen lo suficiente[1] o porque los medicamentos no se han mantenido en las condiciones requeridas para su buena conservación[2]. Como bien indicó *Medicus mundi*[3] «que el 20% de la población mundial viva por debajo del umbral de la pobreza extrema, significa que más de mil millones de personas están condenados a no dejar jamás de estar enfermos». En este mismo sentido hay que tener en consideración que los problemas de salud, de los países en vías de desarrollo, no son únicamente derivados del deficiente acceso a los medicamentos o de factores determinantes de salud[4].

1 La ONU estima que una sexta parte de la población que recibe antirretrovirales necesita alimentarse mejor. Este es el objetivo del Academic Model for Prevention and Treatment of HIV/AIDS (Ampath), uno de los primeros proyectos que ofrece atención contra el sida y que gestiona una explotación agrícola a gran escala. http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/344/714/articulo.php?id=31950 [Accedido el 27 de septiembre de 2007].

2 «Abbott's AIDS fight-back». *Nature* 448 (2007), 14.

3 *Medicamentos y desarrollo*, 15, (2003).

4 Arbeláez señala que los resultados esperados sobre las medidas del Estado colombiano tendentes a lograr la igualdad en materia de ase-

Aún teniendo suficientes medicamentos, éstos no son plenamente eficaces por la dificultad para asegurar la adherencia al tratamiento por falta de personal sanitario, o por el escaso grado de educación en Uso Racional del Medicamento[5]. Puede ilustrar la anterior afirmación conocer las cifras de médicos y enfermeros de distintos países. Por ejemplo, Mozambique cuenta con 2,6 médicos y 20 enfermeros por cada 100.000 habitantes; Malawi con 2 médicos y 56 enfermeros; Lesotho con 5 médicos y 63 enfermeros; Sudáfrica con 74,3 médicos y 393 enfermeros (gran parte de ellos en el sector privado); y USA con 247 doctores y 901 enfermeros[6]. A partir de estas premisas, habrá que preguntar por qué nadie responsabiliza a las empresas alimentarias, de ingeniería civil, etc. del hambre y de las patologías derivadas de la falta de agua potable en el tercer mundo y, sin embargo, continuamente se achaca a las empresas farmacéuticas su falta de solidaridad.

En cuanto al acceso al medicamento en los países en desarrollo hay otra cuestión que llama notablemente la atención. Me refiero a la de los impuestos, trabas burocráticas y sobornos, por parte de las autoridades de esos países a la entrada de medicamentos[7]. Es muy llamativo, y preocupante, que incluso se llegue a gravar las donaciones realizadas por la comunidad internacional. Esos impuestos son una forma de recaudar dinero (se calcula que ese gravamen oscila alrededor del 1% del presupuesto de sanidad en esos países). Una forma de incrementar las arcas del estado que, al mismo tiempo, dificulta el acceso a los medicamentos. Por lo tanto, habrá que preguntar por qué nadie responsabiliza a los gobiernos de los países en vías de desarrollo de poner obstáculos a la distribución de medicamentos, o a los organismos internacionales por no implicarse más en la desaparición de esas trabas burocráticas y, sin embargo, continuamente se achaca a las empresas farmacéuticas de su falta de complicidad en las necesidades de la población del «tercer mundo».

En los anteriores párrafos se ha intentado demostrar que la afirmación de que el problema de la falta de medicamentos la tienen únicamente —o prioritariamente— las compañías farmacéuticas no se ajusta a la realidad. Además, la citada aseveración obvia un hecho fundamental y que es la última premisa que quiero exponer en esta introducción. Se trata de la aseveración de que las compañías

quibilidad o disponibilidad en el sistema sanitario son bastantes desalentadoras, «no solamente desde el punto de vista de la disponibilidad de la asistencia sanitaria, sino más aún, en relación con los factores determinantes básicos de la salud (agua potable y saneamiento básico) cuyos índices de cobertura son ciertamente precarios y denotan profundas desigualdades». Arbeláez M. «Evaluación de la eficacia del derecho a la salud en Colombia a partir del proceso de descentralización sanitaria». *Derecho y Salud*, 15 (1), (2007), 60.

5 Brugha, R. «Evaluation of HIV programmes». *BMJ*, 334, (2007), 1123-4.

6 Sidley, P. «People with AIDS are dying because of inadecuate staffing». *BMJ*, 334, (2007) 1133.

7 Bate, R, Boateng, K. «Medical malpractice: improving drug access and reducing corruption». *Health Policy Outlook* 10, (2006) 2.

farmacéuticas no son entidades caritativas[8], sino que son empresas lucrativas con accionistas y resultados en bolsa. De ahí que sea de sumo interés social que esas compañías obtengan buenos dividendos. Ello permitirá que los accionistas —que arriesgan su dinero— alcancen sus objetivos y, de esa forma, se pueda seguir disponiendo de fondos para la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos[9].

En conclusión, el problema del acceso a los medicamentos, por los ciudadanos de los países en vías de desarrollo, no depende únicamente de la actividad más o menos altruista de las compañías farmacéuticas. Dependerá de la acción conjunta y decidida de distintos agentes —entre ellos las citadas compañías— en un empeño común. Cada uno tiene su grado de responsabilidad en función de su configuración —empresa, ONG, organismo internacional, etc.— y su capacidad de obrar —económica, política, social, etc.—.

2. Los precios cómo límite para acceder al medicamento

Una de las primeras cuestiones que se suscitan cuando se hace referencia al acceso de los medicamentos, por los sectores desfavorecidos económicamente, es el de las patentes. La industria farmacéutica hace un enorme esfuerzo en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, con la esperanza de que los gastos sean retornados posteriormente con beneficios. Para ayudar a la empresa en su objetivo existe un periodo en el que se prima su esfuerzo mediante controles arbitrados por las patentes de los nuevos productos. La duración de las patentes suele ser de alrededor de 20 años a partir de la presentación de la solicitud en los organismos competentes. No obstante, «debido a que el proceso de desarrollo de los nuevos fármacos es largo como consecuencia de las cada día mayores exigencias normativas, y a que la duración del proceso de registro, que en total supone un periodo de tiempo de 12 a 14 años, el plazo efectivo de la patente se ha visto reducida a 6 u 8 años»[10]. En ese periodo, las compañías tienen que recuperar todo el gasto realizado en investigación y desarrollo. Además, se tiene que compensar no sólo lo invertido en esa molécula que ahora está en el mercado en forma de un medicamento, sino también todo lo invertido en aquellas otras moléculas que han sido desechadas en alguna de las etapas de síntesis, ensayo clínico, etc.

Desde distintos sectores se está realizando una decidida labor para que las patentes no se apliquen en países en vía de desarrollo o, al menos, que se adap-

8 Lo cual, no está reñido con que «las organizaciones, haciéndose eco de las preocupaciones de sus empleados y accionistas, tienen derecho a contribuir al esfuerzo colectivo para limitar los efectos de la pobreza y la desigualdad y contribuir en lo posible al desarrollo de los pueblos». Francés, P., Borrego, A., Velayos. C. *Códigos éticos en los negocios*. Ediciones Pirámide, Madrid, 2003; 259.

9 Cahn, P., Sued, O. «Raltegravir: a new antiretroviral class for salvage therapy». *Lancet*, 369, (2007), 1235-1236.

10 Somoza, A., De la Figuera, A., Martínez, P. «La especialidad farmacéutica desde la síntesis a la Farmacia». *Auladelafarmacia*, 1 (2), (2004), 11.

ten a los requerimientos de esas zonas. Sin duda, es una pretensión loable que busca el bien común. No obstante, esas medidas, como se pondrá en evidencia más adelante, para ser eficaces tienen que alejarse de simples planteamientos «populistas» para abordar el tema con rigor y atendiendo a los medios empleados y a los sujetos destinatarios. En este sentido, Monge[11] mantiene que «el sistema tradicional de patentes, imprescindible para el comercio y la difusión de la ciencia debe tomar en consideración situaciones emergentes». Es decir, tiene que encontrase un punto de equilibrio entre intereses encontrados.

Un ejemplo reciente de debate sobre la vigencia de una patente en un medicamento para el Sida es la emisión, por parte del gobierno brasileño, de una licencia obligatoria que permite la importación de versiones genéricas de efavirenz (un principio que todavía se encuentra protegido por la patente). El gobierno brasileño justificó su decisión amparándose en el concepto de «interés público». El proceso atravesó una ardua negociación en la que la compañía farmacéutica sólo accedió a rebajar un 30% el precio de su producto (el gobierno brasileño demandaba una reducción del 60%[12]). La última oferta de Merck fue la venta a Brasil a 1,59 $ la unidad. En cambio, la misma compañía farmacéutica se la vende a Tailandia a 0,65$ la unidad. Por otra parte, el medicamento genérico de ese producto, fabricado en la India, se ofrece a 0,45 dólares. El gobierno brasileño afirma que estuvo negociando una reducción de precio con Merck desde noviembre de 2006. En abril de 2007 advirtió a la compañía farmacéutica de que, a menos que Brasil pudiera comprar efavirenz al mismo precio que recientemente se ofreció al gobierno tailandés, emitiría una licencia obligatoria al cabo de siete días. El martes, 3 de mayo, el gobierno brasileño rechazó la oferta de un reajuste de precio del 30% y procedió a emitir una licencia obligatoria al día siguiente. La postura de Merck & Co se ha mostrado en los medios de comunicación como de intransigente e insolidaria. No obstante, la compañía farmacéutica alegó que en su propuesta había tenido en consideración que Brasil es la 12ª economía más grande del mundo y, por lo tanto, tiene una mayor capacidad para pagar medicamentos del VIH que países más pobres o más afectados por la infección[13]. Es decir, que Merck aplica un criterio de proporcionalidad económica a la hora de determinar el precio final de sus productos en los distintos estados.

Algunos países, al limitar o no admitir las patentes, están convirtiéndose en destacados productores de medicamentos

11 Monge, A. *La investigación de medicamentos en países en vías de desarrollo. Propuestas de actuación*. Conferencia pronunciada en la Real Academia Nacional de Farmacia el día 12 de junio de 2003.

12 http://www.aidsmap.com/es/news/53BCE293-5BCC-495D-A6CF-EFC0C43926B6.asp [Accedido el 27 de septiembre de 2007].

13 Sobre Brasil y Sida se puede consultar: Tren, R., Bate, R. «Brazil's AIDS program: a costly success». *Health Policy Outlook* 1, (2006), 1-9.

—de genéricos de bajo coste—. La India se ha transformado en una de las zonas destacadas en este campo (por ejemplo, recientemente un tribunal indio ha desestimado la demanda de la farmacéutica Novartis contra la ley nacional que le ha impedido patentar una nueva formula del Glivec). La producción de genéricos de bajo coste en países en vías de desarrollo conlleva una serie de riesgos. Entre ellos, que puedan llegar a ser «comercializados, de manera más o menos legal, en todo el planeta, lo que sin duda animará a otros gobiernos a seguir el mismo camino para, al tiempo que mejoran las condiciones de su población, favorezcan a las empresas farmacéuticas locales que no hacen I+D y no arriesgan»[14]. Esa situación puede frenar la investigación de nuevos medicamentos y crear escenarios tan paradójicos como el que actualmente se presenta en la India. Por una parte, reclaman la exención de patentes por su pobreza y, por otra, se están convirtiendo en una potencia farmacéutica mundial con una importante expansión no sólo en los países más desfavorecidos, sino que también están introduciendo su negocio en los países desarrollados.

Otro problema asociado a la cuestión de las patentes es el criterio a adoptar para establecer el límite de pobreza de un país. Se ha señalado anteriormente que la industria farmacéutica no puede generar pérdidas. Por lo tanto, si pierde dinero (o tiene menos ingresos) por su ayuda a los países pobres, tendrá que recuperar esas mermas económicas en los países ricos. Este planteamiento puede ser un foco de injusticia ya que ese incremento en los precios daría lugar a bolsas de población, en los países desarrollados, que tendrían verdaderos problemas económicos para acceder a ciertos medicamentos[15]. En este sentido, Buela recuerda que, por ejemplo, en USA, «primera economía mundial, si no puedes pagar la asistencia médica, no la recibirás aunque esté disponible»[16]. Con esta premisa, puede resultar poco equitativo que la industria farmacéutica financie el tratamiento en países lejanos, mientras que ciertos ciudadanos, del entorno donde se ubica la empresa, se quedan sin la posibilidad de poder acceder a ellos. Población que, en otro momento más prospero de su vida, ha podido estar financiando la investigación básica con sus impuestos.

En definitiva, el problema de la exención de patentes es mucho más complicado de lo que puede parecer en una primera aproximación. No hay duda de que la actuación sobre ellas —limitación, anulación— puede ser un buen recurso para propiciar que todos puedan acceder a los tratamientos farmacológicos. No obstante, no es el único medio disponible para la consecución de ese fin y, por otra parte, hay que recordar que es una medida que también tiene sus riesgos. Efectivamente, es un verdadero peligro

14 Buela, J. «Editorial». *BioMédica* 6, (2007), 5.

15 Charatan, F. «Drug company raises US price of AIDS drug five-fold». *BMJ* 328, (2004), 974.

16 Buela, J. «Editorial». *BioMédica* 6, (2007), 5.

anegar la principal vía de estabilidad económica para las empresas, el medio que tienen las compañías para que retorne el capital que invierten en la investigación. Por ejemplo, Sanofi-Aventis cerró 2006 con un incremento de ventas del 3,6%. Si no hubiese perdido la patente de 4 productos en USA, habría obtenido beneficios del 8,2%[17]. Si por falta de recursos, o por dudar del posible retorno del capital, se frena la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, la terapia del sida se vería notablemente agravada debido a que es perentorio desarrollar nuevos fármacos contra el virus del sida, ya que cada vez aparecen más resistencias a los fármacos disponibles.

3. Responsabilidad ante los países en vías de desarrollo económico

La leyenda negra en la que la industria es un ogro que intenta aprovecharse de los países deprimidos es, como ya se ha indicado, un reduccionismo. El error viene de introducir en un mismo paquete la responsabilidad que tiene la empresa de utilizar unos criterios idénticos con los países ricos y pobres, y con la creencia de que la industria farmacéutica es, por sí misma, capaz de solucionar todos los problemas sanitarios del tercer mundo. Más aún, se suele incluir en un mismo apartado la investigación y la distribución de medicamentos, cuando ambas responden a planteamientos y soluciones diferentes[18].

Las compañías farmacéuticas se defienden del acoso mediatico, al que se están siendo sometidos, desviando la atención hacia otros sectores. Así, se afirma que los principales responsables de las situaciones de injusticia distributiva son los gobiernos de los países ricos (en ocasiones, también los propios gobiernos de los países en vías de desarrollo por la mala gestión y distribución de los recursos) y los organismos internacionales competentes y no las compañías privadas. Es decir, la cuestión sanitaria va más allá de los precios de un determinado fármaco y son de una amplitud tal que no pueden resolverse sin la participación activa de gobiernos, organismos internacionales, ONGs y, algo que solemos olvidar, los propios ciudadanos de esas comunidades que deben ser conscientes de que tienen que colaborar en su propio beneficio. En esta misma línea se manifiesta Pastors[19] cuando indica que son cuatro factores y cinco grupos de actores los que hay que considerar para solucionar los problemas sanitarios del tercer mundo. Los factores son la selección y el uso racional de los medicamentos, el costo accesible, la financiación sostenible y el sistema sanitario y abastecimiento fiables. Por otra parte, los

17 http://www.correofarmaceutico.com/rectemplating/templates/correo_farmaceutico/cmp/viewDocument_CF.jsp [Accedido el 27 de septiembre de 2007]

18 Bolton, RG. «Ética de los descubrimientos farmacológicos y del proceso de desarrollo». En: Salek, S, Edgar, A. *Ética farmacéutica*. Ediciones Mayo, Barcelona (2004), 63.

19 Pastors, B. «Promover acciones prácticas con respecto al poder de las industrias farmacéuticas». *Dolentium Hominum* 49 (1), (2002), 97.

actores son los gobiernos de los países en vías de desarrollo, los gobiernos de los países industrializados, las compañías farmacéuticas, los grupos de consumidores y las ONGs, y las agencias y las fundaciones internacionales. En este sentido, se pueden recordar las palabras de Juan Pablo II a los participantes en la cumbre del G-8. En su discurso, les pedía que se comprometieran «a promover una cultura de la solidaridad que permita soluciones concretas a los problemas que más preocupan a nuestros hermanos en la vida y en las relaciones con los demás: la paz, la pobreza, la salud y el ambiente.»[20]

No obstante, las compañías farmacéuticas no deben eludir su grado de responsabilidad. No exigirles ciertas actuaciones que exceden sus fines es totalmente compatible con censurar, e intentar evitar, que cometan abusos. Entre algunos de los abusos denunciados, se pueden citar:

a) Utilizar distintos criterios en la distribución de los medicamentos[21]. Un ejemplo sobre la diferente actitud ofrecida por la industria cuando se solicita su ayuda «altruista» por parte de un país desarrollado o uno en vías de desarrollo sobre reducción de precios en los medicamentos[22] lo encontramos en el caso de Bayer y el antibiótico Cipro. Anteriormente, se ha señalado la prolongada resistencia de los laboratorios para reducir los precios de los medicamentos contra el SIDA en los países del tercer mundo. En cambio, los gobiernos de EE.UU y Cánada pudieron cerrar rápidamente acuerdos con la multinacional Bayer para que les suministrara millonarias cantidades del antibiótico Cipro para combatir el antrax a precios mucho menores que los existentes antes de los atentados bacteriológicos por vía postal. El argumento esgrimido es el de la situación de emergencia. No obstante, en la decisión del laboratorio debió de influir la amenaza de los citados países de no tener en cuenta la patente acogiéndose a los tratados internacionales que posibilitan que en caso de emergencia nacional se puedan fabricar o importar genéricos sin respetar las patentes.
b) La realización de ensayos clínicos no autorizados por los comités de ética de los países desarrollados. Hay que tener en cuenta que ciertos aspectos como pueden ser los beneficios derivados de la participación en el ensayo o los beneficios económicos pueden convertirse en una «coacción» para personas de los países del tercer mundo[23]. Por

20 Mensaje de Juan Pablo II a los participantes en la cumbre del G-8 en Génova el 19 de julio de 2001.

21 Silverman, M, Lydecker, M, Lee. PR. *Bad Medicine. The prescripction drug industry in the third world*. Standford University Press, Stanford, 1992.

22 Pincock, S. «Drug company to offer new malaria drug cheaply in Africa». *BMJ* 327, (2003), 360.

23 Andreae, M. «Women's health and human rights in HIV prevention research». *Lancet* 361, (2003), 1562.

ejemplo, en febrero de 2003 el Grupo Europeo de Ética de las Ciencias y las Nuevas Tecnologías (GEE), presentó su decimoséptimo informe en el que se hace una excepción a una norma general[24], contenida en la Declaración de Helsinki, que establece que los ensayos de nuevos fármacos se deben comparar con la mejor terapia disponible. La razón que avala esta excepción es que por su cumplimiento se impide, en algunas enfermedades como el SIDA, probar fármacos menos eficaces a los disponibles en los países desarrollados, pero asequibles a la población de los países pobres. No obstante, dos de los doce miembros del GEE se opusieron a este criterio por considerar que se instaura, de esa forma, una «doble moral», según se trate de países ricos o pobres. En este sentido, un caso que genero mucha polémica fue el ensayo clínico con zidovudina. En Estados Unidos y Francia se demostró que un régimen complejo basado en zidovudina reducía la transmisión maternofilial de VIH. Después de obtener estos datos se realizó otro estudio en un país en vía de desarrollo comparando un régimen más breve con un placebo[25].

c) Comercializar en el tercer mundo medicamentos prohibidos en Europa y USA[26]. Un ejemplo que puede evidenciar lo anterior afirmación es el de una filial de Bayer que, en los años ochenta, continuó vendiendo a países de Asía y Sudámerica un fármaco para la hemofilia a pesar de que conocían el alto riesgo de transmisión de sida que suponía su empleo. En 1982 los Centros de Control de Enfermedades de EEUU advirtieron de que existían firmes indicios de que el sida se transmitía a través de la sangre. En ese momento se comenzaron a adoptar medidas en todo el mundo para tratar de evitar el contagio por esa vía. Sin embargo, el New York Times ha tenido acceso a documentos internos que demuestran que Culter Biological continuó vendiendo hasta 1985 un producto destinado a los hemofílicos obtenido de sangre de donantes a pesar de que sabían que encerraba un alto riesgo de infección por VIH. Esta práctica sólo se realizó en las áreas geográficas mencionadas

24 *Diario Médico*, 6 de febrero de 2003.

25 Connor, EM, et al. «Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment». *N Engl J Med* 331, (1994), 1173-1180; Lurie, P, Wolfe, SM. «Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries». *N Engl J Med* 337, (1997), 853-6; y Angell, M. «The ethics of clinical research in the Third World». *N Engl J Med* 337 (12), (1997), 847-9.

26 Mahmood, K. «Runaway drug prices in Pakistan». *Lancet* 342, (1993), 809. En ocasiones, se acusa a los gobernantes de los países en vías de desarrollo de promover estos abusos, y estos, a su vez, señalan directamente a las presiones ejercidas por la industria. Este es el caso, en 1989, del ministro de Sanidad de Perú cuando afirmó que el problema de los países del tercer mundo, en esta materia, se debía a que «esta industria es más poderosa que los ministros» Cfr. Gilson, M, Gilson, S. «A different drugs scandal». *Lancet* october 21, (1989), 970.

porque la misma compañía disponía desde principios de 1984 de una versión segura del mismo fármaco, pero ésta se destinaba exclusivamente a los mercados de Europa y EEUU»[27]. Otro ejemplo es el suscitado en la India, su gobierno llegó a amenazar con boicotear a ciertas industrias farmacéuticas para lograr que dejaran de comercializar ciertos preparados prohibidos en occidente[28].

d) Ofrecer distinta información en las etiquetas y prospectos de los medicamentos[29]. Todos los usuarios, sean del país que sean, tiene el mismo derecho a recibir una información completa sobre el medicamento que utilizan.

Los casos citados (que son sólo una muestra de una variada gama) han generado un amplio debate sobre la actividad de las empresas del sector farmacéutico. De ahí que las compañías farmacéuticas estén preocupadas por el hecho de que su actividad sea permanentemente cuestionada[30]. Consideran que esa presión que se realiza sobre sus empresas puede terminar perjudicando su imagen y ello lleve consigo una disminución de sus ingresos[31]. A partir de este razonamiento surge la respuesta de las empresas farmacéuticas: intentar trabajar con unos criterios éticos permanentes (de ahí su implicación en la Responsabilidad Social Corporativa); y procurar ofrecer una compensación a través de proyectos solidarios[32].

4. La respuesta solidaria de las compañías farmacéuticas

Hay muchos ejemplos del esfuerzo de la industria farmacéutica en investigar posibles vías de colaboración con los países en vías de desarrollo. Entre ellos, se puede citar el estudio encargado por la Federación Internacional de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (IFPMA) al Dr. Klaus Leisinger, en ese momento al frente de las relaciones internacionales de Ciba-Geigy[33], sobre la responsabilidad de la industria farmacéutica en el tercer mundo.

27 *El Mundo*, 22 de mayo de 2003.

28 Cfr. Tahzib, F. «Boycott of recalcitrant drug companies». *Lancet* september 30, (1989), 794-5.

29 Mossinghoff, GJ. «Drug labelling in developing countries». *Lancet* 342, (1993), 556-7.

30 Este año se ha cuestionado a Pfizer por la experimentación realizada, en 1996, durante una epidemia de meningitis. Lanzer, J. «Nigeria files criminal charges against Pfizer». *BMJ* 334, (2007), 1181.

31 «Cuando la industria farmacéutica llevó al Gobierno sudafricano ante los tribunales en 2001 por su legislación de patentes, justo cuando la epidemia de sida empezaba a minar la región, se forjó para sí misma una especie de estatus de villana, reservado hasta entonces para las tabaqueras. El clamor público fue tan fiero que los ejecutivos empezaron a temer que el retroceso que podían sufrir por la controversia sobre el tratamiento del sida en Africa pudiera minar su credibilidad y beneficios en los países más ricos. Entonces el sector abandonó el juicio contra Sudáfrica y amplió las ofertas de recortar los precios de sus anti-VIH y otros fármacos en los países en vías de desarrollo» *Diario Médico*, 26 de mayo de 2003, 27.

32 Sobre filantropía corporativa se puede consultar: Henry, D, Lexchin, J. «The pharmaceutical industry as a medical provider». *Lancet* 360, (2002), 1590-5.

33 Leisinger, KM. *Poverty, Sickness and Medicines. A unholy alliance*. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA), Geneva, 1989.

Otra propuesta interesante, en este sentido, es el Programa Mectizan. Merck, Sharp & Dohme descubrió el valor de la ivermectina para tratar la oncocerquiasis (ceguera de los ríos africanos). La ivermectina es un antihelmíntico utilizado en veterinaria. La empresa farmacéutica consideró que su comercialización como remedio para humanos no era viable económicamente. Sin embargo, la empresa farmacéutica, atendiendo a su importancia social, llevó a cabo el desarrollo necesario. Desde 1987, la ivermectina ha sido incluida en el Onchocerciasis Control Programme, como elemento clave del régimen terapéutico. MSD ha donado por todo el mundo la ivermectina, para el tratamiento de personas con oncocerquiasis, durante todo el tiempo que sea necesario utilizar este fármaco[34].

El Laboratorio Pfizer ha realizado una decidida apuesta por el compromiso social, donde se constata su esfuerzo en actuaciones concretas en beneficio de los más desfavorecidos. Se puede destacar su lucha positiva contra el sida (entre otras medidas, aportando 11 millones de dólares para la creación de un aula de formación sanitaria de profesionales de la salud en África) o un programa de erradicación del Tracoma.

Desde el año 2000 al 2007, gracias a la generosidad de Novartis, se han curado mas de 4 millones de enfermos de lepra con el reparto gratuito de su producto para esa enfermedad. El programa va a continuar hasta el 2010, al aceptar ofrecer a la OMS el tratamiento gratuito[35].

Los ejemplos expuestos anteriormente son únicamente la punta del iceberg de la implicación social de las compañías farmacéuticas.

No obstante, no quiero terminar este capítulo sin plantear dos reflexiones.

1) ¿Estas muestras de generosidad son realmente la expresión de una preocupación por los más necesitados o, simplemente, otra estrategia de marketing de las grandes multinacionales del sector farmacéutico? En ocasiones, se señala que es más fácil donar dinero o emprender una campaña puntual que mantener una actitud positiva en este ámbito de una forma constante.
2) Los problemas que se han planteado ¿no se estarán formulando con una mentalidad de países desarrollados y que se esté en un error de diseño por no poder aplicar los mismos criterios éticos en países desarrollados y aquellos que están en vías de desarrollo?[36].

Recibido: 17-11-2007
Aceptado: 20-06-2008

34 Bolton, RG. «Ética de los descubrimientos farmacológicos y del proceso de desarrollo». En: Salek, S, Edgar A. *Ética farmacéutica*. Ediciones Mayo, Barcelona, 2004, 65.

35 http://www.bioactiva.es/salud.cfm?id=325&CFID=14568108&CFTOKEN=42086144 [Accedido el 27 de julio de 2007]

36 Haslegrave, M, Havard, J. «Ethics dialogue between rich and poor countries is overdue». *BMJ*, 326, 2003, 225 y «Medical Research Council Joint Ethical Committee. Ethical issues facing medical research in developing countries». *Lancet* 351, 1998, 286-7.