

FARMACÉUTICAS

EL GRAN NEGOCIO DE LA SALUD





CONTENIDO

EDITOR

Misioneros de la Consolata

Revista Antena Misionera

DIRECCIÓN

P. Bernardo Baldeón

EQUIPO

P. Bernardo Baldeón, *Director*

Antonio García, *Redacción*

Beatriz Tostado, *Redacción*

M^a Teresa Simón, *Redacción*

Miguel Ardanaz, *Redacción*

Loreto Areal, *Redacción*

Antonio Pareja, *Redacción*

WEBSITE Y BLOG

Bernardo Baldeón

Antonio Pareja

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Antonio Pareja

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

c/ Pablo Aranda, 18

28006 - MADRID

91 563 58 03

antena@consolata.net

www.antenamisionera.org

https://antenamisionera.wordpress.com/

*Se autoriza la reproducción de
artículos de Antena Misionera
citando su procedencia.*



LAS INDUSTRIAS FARMACÉUTICAS Y EL NEGOCIO DE LA SALUD

06

En la actualidad las industrias farmacéuticas tienen un poder adquisitivo tan elevado, que les ha permitido ubicar sus intereses y beneficios económicos por encima de las responsabilidades sociales que una industria de este tipo tiene a nivel mundial.



**ACCESO A LOS
MEDICAMENTOS,
UN RETO
COLECTIVO**



22

Mientras el virus ha tenido fronteras, allá en África, ese inframundo habitado por parias, el orden de las cosas sigue su cauce. Los muertos no contaban, salvo aquellos pertenecientes a organizaciones religiosas, misioneros, médicos, enfermeras y personal auxiliar de organizaciones humanitarias, de piel blanca, trasplantados al, eufemísticamente apodado, continente negro.

**ÉBOLA, EL NUEVO NEGOCIO DE
LAS FARMACÉUTICAS**



LAS COMPAÑÍAS FARMACEÚTICAS Y EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN EL TERCER MUNDO

24 La novela de John Le Carre, *El jardinero fiel*, en la que se narra la conmovedora historia de Quayle, un flemático diplomático inglés que decide investigar el asesinato de su mujer, volvió a poner bajo los focos el trabajo de las compañías farmacéuticas en los países menos desarrollados.



LA PEOR PESADILLA DE LAS GRANDES FARMACÉUTICAS

32

En una cálida tarde de agosto de 2000, cuatro estadounidenses llegaban a una reunión secreta en un ático del centro de Londres perteneciente a Yusuf Hamied, un multimillonario indio fabricante de medicamentos. Otra sexta persona se uniría a ellos: un empleado francés de la Organización Mundial de la Salud que volaba desde Ginebra tras avisar a sus .compañeros de trabajo que se pedía el día libre





Medicamentos y negocio son dos palabras que, unidas, caminan hacia el abismo de la doble moral. Por un lado nos encontramos con el deber de poner la ciencia al servicio de la salud; por otro lado, es un negocio que es la tercera industria más importante del mundo. Big Pharma, asociación que reúne a las empresas más importantes del sector, es la encargada de negociar con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) los límites de una industria creada para ayudar a las personas y orientada a generar beneficios económicos desorbitados.

El negocio de la industria farmacéutica se genera gracias a la exclusividad: una empresa invierte tiempo y recursos económicos en la investigación de fármacos que erradiquen enfermedades y, a cambio, reciben una patente que les otorga la exclusividad por 20 años.

Es lógico pensar que, si una empresa investiga e invierte sus recursos en nuevos fármacos, tenga como recompensa el poder utilizarlos en exclusividad por un cierto periodo de tiempo. ¿Pero quién controla los precios de ese medicamento? Ese es el problema.

La patente otorgada al fabricante es regulada por el acuerdo TRIP (acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio) el cual, no solo concede la exclusividad, sino también la potestad a la empresa de marcar el precio en el mercado.

Los enfermos pasan a ser consumidores y las empresas farmacéuticas regulan su política de precios según sus objetivos económicos y pocas veces según las necesidades de la población. Ese es el principal problema de las enfermedades en los países del tercer mundo: existen los pacientes pero no los consumidores con suficiente capacidad económica.

Una vez termina el tiempo de exclusividad, entran en escena los fármacos genéricos: tienen la misma fórmula, la misma composición y los mismos principios, pero no el mismo nombre ni tampoco el mismo presupuesto de marketing. Eso no les resta efectividad pero si competitividad en una sociedad en la que solo sobreviven las marcas.

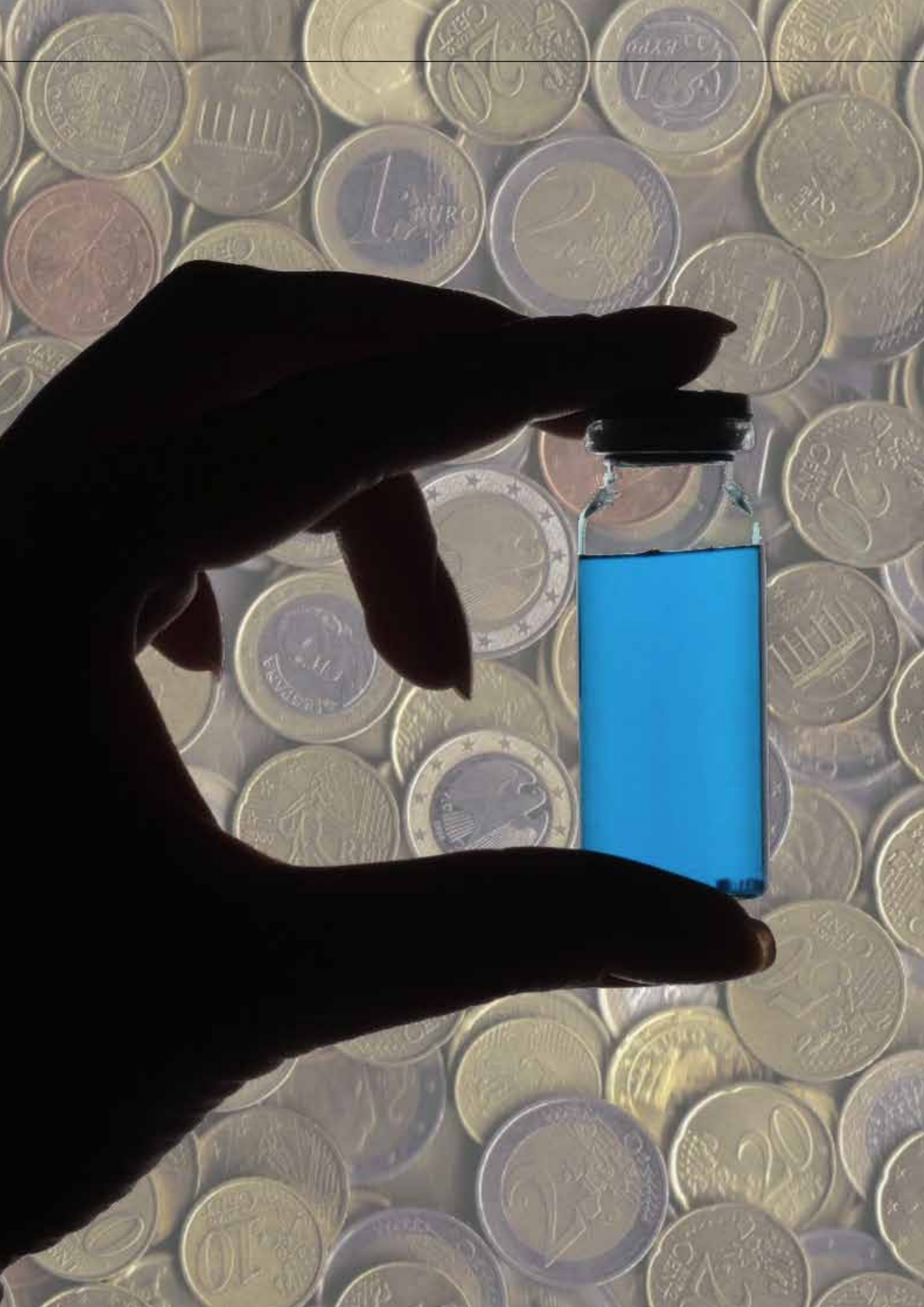
GALERIA



Las industrias farmacéuticas y el negocio de la salud

En la actualidad las industrias farmacéuticas tienen un poder adquisitivo tan elevado, que les ha permitido ubicar sus intereses y beneficios económicos por encima de las responsabilidades sociales que una industria de este tipo tiene a nivel mundial.

 **Rosa Pineda**



Un ejemplo de lo anterior se hace evidente en el caso de Sudáfrica y la crisis de salud pública que este país presenta a causa de la propagación del virus del VIH/Sida.

Las industrias farmacéuticas se encuentran entre los pocos sectores industriales que han conseguido convertir en indispensable e imprescindible su monopolio en el mercado mundial. De hecho, en ninguna industria los argumentos convencionales de los derechos de autor y patentes son tan válidos como en esta.

El sistema de patentes farmacéuticas "ha ocasionado la generación de una costosa industria improductiva y altamente concentrada". (Versiones latoc , 2005) En el año 2000, por ejemplo, las empresas farmacéuticas de estados unidos destinaban un 81% más de personal en marketing que en investigación y desarrollo.

El incremento de los gastos que genera el marketing empresarial ha dificultado la entrada de nuevas empresas al sector y mediante esto, ha permitido el mantenimiento de los monopolios.

Ante esta situación, organizaciones no gubernamentales y países en vía de desarrollo, han presentado sus quejas ante la organización mundial del comercio, y se ha realizado un llamado a la organización mundial de la salud para establecer límites a las concepciones de patentes , ya que mediante esto se generaría una mayor inversión en investigación y desarrollo (i + d) y se disminuirían las restricciones a la producción de medicamentos genéricos en los países en vía de desarrollo. Contando con el respaldo de gobiernos como el de estados unidos y países pertenecientes a la Unión Europea , las empresas farmacéuticas han puesto en peligro millones de vidas humanas mediante la comercialización de la salud. Según el consejo de inves-

tigación médica de Sudáfrica, desde 1981 , el sida ha cobrado alrededor de 21 millones de muerte en Sudáfrica. Al mismo tiempo, es el país con el mayor número de habitantes contagiados con esta enfermedad. Según datos de ONU sida alrededor de 5.3 millones de sudafricanos padecen de sida.

A lo anterior, se le debe sumar el hecho que son pocas las personas con acceso a los medicamentos utilizados para el tratamiento del sida debido, en gran medida, al alto costo de los medicamentos patentados, y a las restricciones que posee el gobierno sudafricano para utilizar medicamentos genéricos, provenientes de países en vía de desarrollo, los





SIDA EN ÁFRICA



La adquisición de medicamentos antirretrovirales para el VIH/SIDA en el mal llamado Tercer Mundo es casi inexistente, ya que para poder obtener el acceso global al tratamiento tienen que invertir recursos suficientes en la esfera de la salud, no disponibles actualmente por los países más pobres.

Esto es motivado por los altos precios que tienen los antirretrovirales en el mercado internacional por parte las compañías transnacionales farmacéuticas, aspecto que repercute considerablemente en el incremento de los costos del tratamiento, y es uno de los principales obstáculos para su disposición en los países del Tercer Mundo.





cuales poseen precios inferiores a los medicamentos producidos por las farmacéuticas en Sudáfrica.

La comercialización de medicamentos genéricos ha originado grandes enfrentamientos entre las multinacionales farmacéuticas y los gobiernos de países productores de este tipo de medicamentos, como es el caso de India y Brasil.

Ambos países han presentado demandas ante la OMC por las continuas incautaciones de medicamentos genéricos enviados desde la India hacia Brasil, y que, a su curso por Europa, las autoridades los retienen sin razón legal alguna.

Al mismo tiempo, en el 2000, el gobierno de Estados Unidos, en representación de las industrias farmacéuticas pertenecientes a su país, demandó a Brasil con el objetivo de acabar con las producciones de medicamentos genéricos de parte del país sudafricano para erradicar el virus del VIH/Sida, ya que este tipo de medicamentos se producen sin pagar a las empresas que tienen los derechos de las patentes. □ Estas acciones demuestran la carencia de responsabilidad

social empresarial de parte de las empresas farmacéuticas, ya que estas solo están enfocadas en maximizar los beneficios económicos, sin tener en cuenta las repercusiones sociales de sus actos. En ejemplo de esto lo podemos observar en las grandes producciones de medicamentos conocidos como “medicinas de estilo de vida”, las cuales son medicinas para embellecer, y no para tratar enfermedades de gran riesgo para la vida humana, ya que el mercado de estas medicinas generan millones de dólares al año, lo cual beneficia, no solo a las empresas farmacéuticas, sino, a las economías de los países desarrollados.

Sin embargo, es importante mencionar que en la actualidad, cada vez es mayor el número de usuarios que se encuentran inconformes con los servicios prestados por estas empresas. Al mismo tiempo, el número de demandas contra ellas ha aumentado, lo que hace pensar que es necesario que los monopolios farmacéuticos empiecen a cambiar sus estrategias si desean seguir liderando el mercado de los medicamentos a nivel mundial.





Acceso a los medicamentos:



Un reto colectivo

Uno de los caballos de batalla de las farmacéuticas es su papel a la hora de facilitar el acceso universal a los medicamentos. Según la OMS, uno de cada tres pacientes no accede a los fármacos necesarios para llevar una vida digna. En Asia o África este porcentaje sube al 50%. Alrededor de diez millones de muertes al año podrían ser evitadas mejorando el acceso a medicinas y vacunas; de ellas, cuatro millones en esos dos continentes.

 **María L. Escorial**

El acceso a los medicamentos está reconocido como derecho fundamental de todo ser humano por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin embargo cada año millones de personas mueren de enfermedades prevenibles o con tratamiento conocido como el sida, neumonía, malaria o tuberculosis, entre otros.

Alrededor de 300.000 mujeres mueren a consecuencia de embarazos y multitud de personas sufren de enfermedades crónicas u olvidadas que podrían ser eliminadas.

Según la OMS, los países en desarrollo acogen a un 93% de los enfermos del planeta, teniendo solo un 18% de los ingresos y con el 11% del gasto sanitario. Pero las ONG y la sociedad civil alertan que el problema de acceso a los medicamentos afecta ya a todo el mundo y que si no se cambia el modelo de innovación médica muy pronto no se podrá garantizar el derecho fundamental de la salud en todo el mundo.

Los pacientes y los contribuyentes de decenas de países –ricos, emergentes y pobres– se preguntan si se desarrollarán los medicamentos que nece-

sitan y de dónde saldrá el dinero para costearlos.

En los últimos años hemos sido testigos de cómo pacientes y sistemas públicos de salud de países desarrollados sufren para pagar facturas de cientos de millones de euros por nuevos medicamentos para la hepatitis C o el cáncer.

El alto coste de estos tratamientos, junto con la resistencia a los antibióticos, la escasa investigación desarrollada para generar nuevos o las peticiones de los pacientes con enfermedades raras, han puesto de manifiesto que se trata de un problema mundial y de carácter sistémico.

Esta situación se agrava en los países en desarrollo dadas sus severas carencias en los sistemas sanitarios, gobiernos e infraestructuras.

No solo se enfrentan a la dificultad de pagar el precio de los tratamientos: la falta de infraestructura hace imposible llegar a los pacientes; la escasez de agua potable, tomarlas; la falta de cadena de frío, conservar las vacunas; la inexistencia de dosis pediátricas adaptadas, administrarlas, y la carencia de beneficio para la industria, el desarrollo de soluciones para las enfermedades olvidadas causantes de la muerte de 8.000 personas al día.

Pero ¿en qué medida este problema y su solución son directamente atribuibles a la industria farmacéutica? El sector farmacéutico se mueve en el ámbito empresarial y, como cualquier compañía, realiza su actividad con una finalidad lucrativa.

Dada la naturaleza específica de este sector, este beneficio debe ser “responsable”. Y ahí radica el quid de la cuestión. ¿Se puede determinar un “beneficio adecuado”? ¿Cómo se incentiva la innovación, y por ende el riesgo en el que incurre la industria, sin el estímulo de los beneficios?

Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, declaraba recientemente que “el actual modelo de investigación no está dando respuesta a las necesidades de la población. Estamos protegiendo las patentes tan férreamente que estamos poniendo precio a la vida”.

Pero ¿puede la industria farmacéutica sobrevivir y tener beneficio para seguir investigando y distribuyendo los medicamentos sin la protección de las patentes? El profesor Nicholas Capaldi, en su tesis *Corporate Social Responsibility and Business Ethics in the Pharmaceutical*



Industry, se pregunta: “¿Le pedimos a la industria armamentística asumir el coste de atacar al terrorismo igual que le pedimos a la industria farmacéutica subsidiar el coste de atajar las epidemias?”.

Cambio sistémico de modelo de investigación

Según las principales ONG involucradas en luchar por el acceso generalizado a los medicamentos, como Salud por Derecho, IS Global o Médicos sin Fronteras, el problema no radica solo en el acceso o en el aumento de la cobertura, sino en la reforma del actual sistema de investigación biomédica.

Para estas organizaciones, el sistema actual de innovación tiene algunas características que dificultan la falta de acceso:

- El sistema de patentes.
- La falta de transparencia en la investigación.
- Un sistema de fijación de precios poco transparente.

Según Vanessa López, directora general

de Salud por Derecho, existen numerosas disfunciones del sistema que generan: altos precios de los fármacos; que no se desarrollen las medicinas que la población necesita; el uso ineficiente de los recursos, sobre todo de investigación, y el poco valor terapéutico de los nuevos fármacos.

“El sistema de patentes actual sobre el que se sostiene la industria corre el riesgo de convertirse en una amenaza para el acceso a la salud global”, advierte Gonzalo Fanjul, director de análisis de IS Global.

Por ello, las propuestas de las ONG para atajar este problema se centran en tres soluciones principales:

- Impulsar la transparencia en el sistema para garantizar un debate público informado.
- La inclusión de criterios de interés general en las ayudas públicas.
- La promoción de nuevos modelos de innovación que no dependan exclusivamente de las patentes como incentivo a la innovación.

Estas se recogen en el manifiesto de la campaña No es sano, una iniciativa coral de estas organizaciones, que lucha para

defender y promover el acceso universal a los medicamentos como parte indispensable del derecho a la salud, lanzada hace un año en España.

Las principales ONG reconocen el legítimo derecho de las compañías farmacéuticas a un beneficio razonable por su actividad.

Su propuesta se centra en separar el modelo de innovación del precio de los productos y financiar la innovación con incentivos distintos a los actuales, cuestionando que la recuperación del coste se base en el monopolio.

“Como la patronal farmacéutica expresa en público —señala Vanessa López—, parece que el sector está preocupado por ‘triangular innovación, acceso y sostenibilidad’; sin embargo, esta es una tarea imposible a menos que se introduzca en la ecuación modelos alternativos a los actuales para reconducir la innovación de medicamentos hacia áreas de mayor relevancia para la salud pública y desarrollar tecnologías sanitarias asequibles”.

Pero ¿puede la industria farmacéutica obtener un “beneficio razonable” si se sustituye el actual modelo? La primera discrepancia surge en relación con el coste y sobre quién financia actualmente



la investigación farmacéutica. Según una reciente campaña de Pfizer en Reino Unido, crear un medicamento cuesta 1.300 millones de euros.

La respuesta de las ONG no se ha hecho esperar; Médicos sin Fronteras ha lanzado una contracampaña argumentando que el coste real se sitúa en los 150 millones de euros. La diferencia en las cifras se encuentra en los distintos criterios de imputación de costes.

Según las ONG, gran parte del gasto de investigación se financia con dinero público a través de universidades y gobiernos, sin repercutir el coste a la industria.

La segunda discrepancia surge en relación con el monopolio garantizado por las patentes. Según las ONG, la industria farmacéutica es la más rentable del mundo, debido a su protección por las patentes y su falta de transparencia a la hora de negociar el precio de los fármacos.

Según la industria, el modelo actual de patentes se puede revisar y mejorar, pero es necesario para incentivar la investigación, producción y distribución de medicamentos esenciales.

Como señala José Zamariago, director de la Unidad de Supervisión Deontológica de Farmaindustria: "Se puede abrir un debate sobre las patentes, qué aportan y si habría que mejorarlas premiando mejor a quien consigue introducir un medicamento innovador en el mercado. Pero la sociedad tiene que ser consciente de que la investigación y el medicamento son cada vez más complejos y tienen que ser retribuidos".

"El incentivo, bien gestionado, tiene consecuencias positivas en la sociedad. No se puede estigmatizar

la patente; este concepto es fundamental porque remunera y estimula la innovación. Desarrollar un medicamento es costoso, largo y de alto riesgo", concluye.

La industria farmacéutica sí responde

Un estudio realizado por la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica (IFPMA) y validado por el Centro de Salud y Cuidados de la London School of Economics en 2013 muestra la contribución total de la industria en los últimos cinco años.

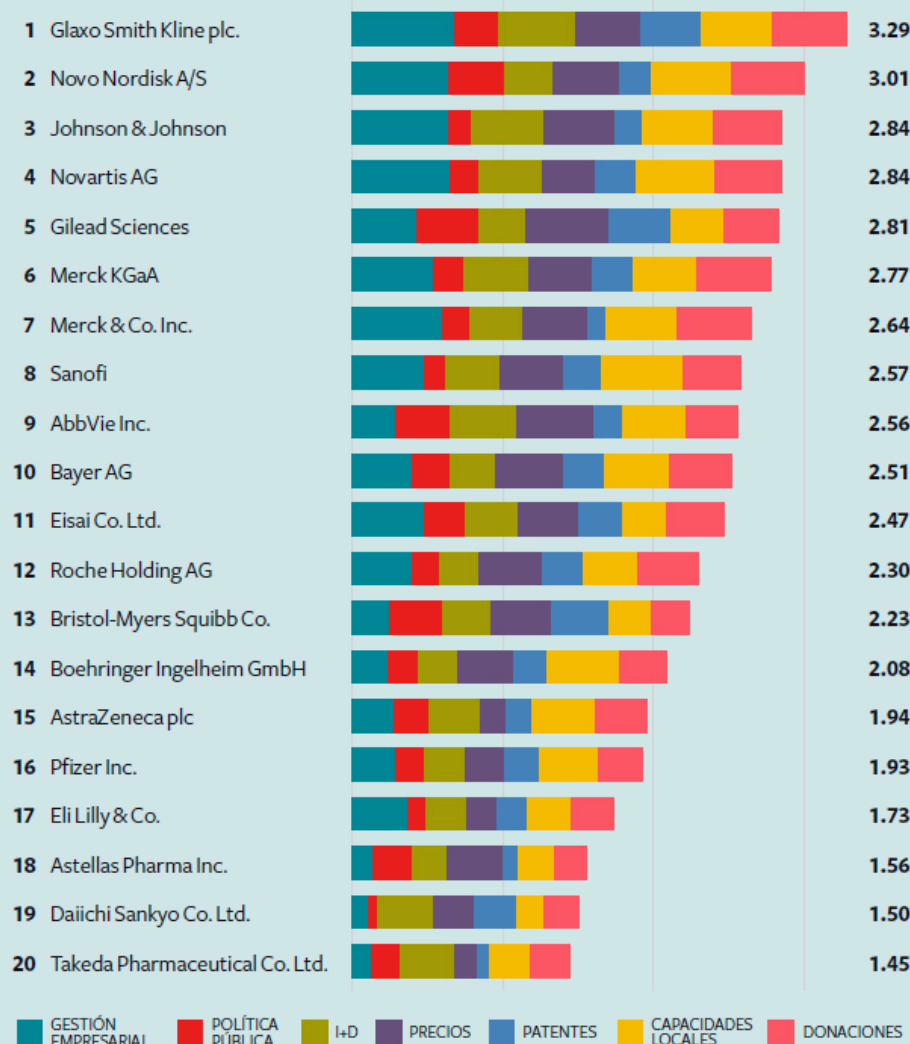
Desde que se lanzara por Naciones Unidas la campaña para la consecución de los Objetivos del Milenio, las 126 alianzas creadas por los departamentos de I+D de las principales empresas farmacéuticas han prestado asistencia sanitaria a 539 millones de personas o, lo que es lo mismo, más de dos tercios de la población de los países subsaharianos.

En este periodo la industria ha proporcionado medicinas, vacunas, equipos, educación en salud y mano de obra por un valor estimado de 4.300 millones de dólares. Esta cifra supera a toda la ayuda oficial al desarrollo de Canadá durante el año 2004 o la de Holanda, y es tres veces mayor que la de Suiza. Y mucho más alta que el presupuesto conjunto de las principales ONG que trabajan en este campo.

En enero del 2012, trece empresas farmacéuticas, los gobiernos de UK, US y Emiratos Árabes, la Bill & Melinda Gates Foundation y el Banco Mundial anunciaban la donación durante la próxima década de 14.000 millones de tratamientos para diez enfermedades tropicales olvidadas, equivalente a 1.400 millones por año.



Ranking de acceso a los medicamentos



Fuente: Access to Medicine Index 2014

Este grupo confirmó también que mantendrán o expandirán los actuales programas de donación, compartirán conocimiento y componentes para acelerar la investigación y proveerán más de 785 millones de dólares para investigación, desarrollo de la distribución y programas de implementación.

Solo MSD ha donado desde 1987 más de 2.000 millones de tratamientos de Mecitizan para ayudar a erradicar la ceguera del río, y acaba de anunciar la donación de un millón de dólares para realizar la verificación de su erradicación en África.

Los esfuerzos de las veinte principales farmacéuticas para responder a este desafío están siendo monitoreadas desde hace casi diez años por la Fundación Access to Medicine Index, con su índice de acceso a medicamentos.

El índice está especialmente diseñado para fomentar el desarrollo de estrategias por parte de la industria farmacéutica para incrementar el acceso a este derecho universal.

Lo hace a través de, por un lado, poner en valor los esfuerzos que se están

haciendo y, por otro, compartir conocimiento entre la industria de las distintas estrategias y sus avances, para comunicar buenas prácticas e impulsar la industria en su conjunto.

El índice publica cada dos años un ranking de las veinte empresas farmacéuticas más grandes del mundo, midiendo el compromiso, la transparencia, la actuación e innovación en siete áreas técnicas que consideran como esenciales para impulsar el acceso a los medicamentos: gestión empresarial y estrategias de acceso, política pública e influencia en el mercado, investigación y desarrollo, política de precios, producción y distribución, gestión de patentes y políticas de licencias, mejora de las capacidades locales y donación y filantropía.

Con GlaxoSmithKline (GSK) a la cabeza del ranking de 2014, seguida de Novo Nordisk, Johnson & Johnson, Novartis, Gilead Sciences y Merck, el índice señala que estos líderes tienen importantes proyectos de investigación, estrategias de precios focalizadas en los más desfavorecidos y gestionan cada vez

más la propiedad intelectual de manera que estimule la competencia.

Según el informe, hay tres áreas con importantes avances: cada vez más compañías están experimentando con nuevos modelos de negocio enfocados a mejorar el acceso; se está incrementando el número de licencias concedidas para la fabricación de genéricos, y las empresas han mejorado el control interno sobre sus actividades y políticas para facilitar el acceso a los medicamentos.

Sin embargo no han avanzado igual en todas las áreas. El informe advierte que la industria sigue siendo muy conservadora en la gestión de patentes, y todas las compañías, exceptuando a dos, Gilead y Abbvie, han tenido casos relacionados con marketing no ético, soborno o corrupción en los dos últimos años.

La mayoría de las estrategias se focalizan en la falta de acceso en los países menos desarrollados, ya que es donde hasta ahora se había puesto el foco en este problema. Pero con la llegada del problema a los países desarrollados la industria tendrá que volver a repensar sus



políticas y estrategias para incorporar el creciente coste de los fármacos en todo el mundo.

El acceso a los medicamentos en España

El precio de los medicamentos también es una variable de acceso importante en España. Según la campaña No es sano, en España 2,4 millones de ciudadanos tuvieron que interrumpir el año pasado al menos uno de sus tratamientos a causa del precio de los medicamentos y el 19% de los médicos de familia afirma que tuvo que cambiar sus prácticas de prescripción a causa de los problemas de sus pacientes para pagarlos.

El caso de la hepatitis C ha puesto de manifiesto además el problema de coste para el sistema sanitario de ciertos tratamientos. Según Elena Villanueva, de IS Global, se estima que unas 700.000 personas en España padecen hepatitis C, de las cuales unas 50.000 se encuentran en la fase avanzada de la enfermedad.

Las autoridades sanitarias establecieron inicialmente un presupuesto de 125 millones de euros para la compra del fármaco que cura la enfermedad en tasas superiores al 90% de los casos, Sovaldi (Sofosbuvir), a un precio estimado (el Ministerio de Sanidad no ha dado números

oficiales) de 25.000 euros por cada tratamiento de tres meses.

Esta cantidad permitiría tratar a 5.000 pacientes durante el 2015, una cifra muy por debajo de las necesidades reales. Las asociaciones de pacientes en movilizaciones por todo el país, lograron que el Gobierno español se comprometiera a poner en marcha un plan nacional sobre hepatitis C por el que 11.000 pacientes adicionales accedieron al tratamiento durante ese año. En septiembre de 2015 ya se contabilizaban 30.000 pacientes tratados con Sovaldi.

Un gran logro pero todavía muy lejano de los 700.00 que lo necesitan

Además, el Estado de las Autonomías hace que la existencia de 17 servicios de salud distintos provoque importantes desequilibrios. Cuando la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) aprueba un medicamento debería estar disponible en las farmacias de todos los hospitales de España, pero la realidad es muy distinta.

Entre los trámites de las comunidades autónomas y los de las farmacias de hospitales, pasan muchos meses hasta que finalmente llegan al paciente, dependiendo del lugar donde viva. "El paciente

no alcanza a entender el porqué de la inequidad en función de dónde se viva, la comunidad, la ciudad o incluso el hospital donde se trate", explica la secretaria de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Esther Sabando.

Según un estudio presentado a finales del 2015 por la Sociedad Española de Oncología Médica, no se cumple el principio de equidad en el acceso a fármacos en los distintos centros de oncología de las 17 comunidades autónomas.

Una vez que un medicamento se aprueba por las agencias oficiales, debe fijarse el precio de reembolso; un proceso que varía en tiempo de espera dependiendo de las autonomías y de los propios centros hospitalarios. En un cómputo general, el rango de meses que transcurren desde la aprobación hasta la primera prescripción de los fármacos analizados muestra una variabilidad desde cero hasta 74 meses, con una media de 24.

Además, cada hospital español decide basándose en sus presupuestos si puede afrontar el coste de un fármaco y negocia individualmente con la industria el precio, con lo que el acceso depende de la capacidad de negociación y de gestión del presupuesto del hospital que tengamos asignado por la Seguridad Social.

Estrategia de negocio de las farmacéuticas

Las empresas farmacéuticas ya reconocen el acceso a los medicamentos como un área clave en su estrategia y lo están gestionándolo como tal. Para ello, tiene que estar muy presente en la agenda de la alta dirección con una clara estrategia a medio y largo plazo, supervisado por sus órganos de dirección, e incluido en sus programas de incentivos.

Continuando con el Access to Medicine Index, por primera vez todas las empresas han establecido alguna forma de supervisión de esta cuestión por parte del consejo de administración y algunas tienen comités específicos para impulsarlo.

Es muy llamativo que siete de las principales empresas farmacéuticas ligen los incentivos de la alta dirección a la consecución de objetivos de acceso.

Además, algunas de las empresas han establecido unidades de negocio para este segmento y están en coordinación con los principales grupos de interés.

También el número de estrategias empresariales abordando este problema está creciendo. Es dudoso que las empresas farmacéuticas vayan a invertir grandes sumas en este tema si solo vieran un coste y no percibieran la posibilidad de un beneficio a largo plazo.

Por eso, como ocurre en otros sectores, los negocios en la base de la pirámide (negocios para proveer productos adecuados a las necesidades del segmento más bajo de la pirámide económica con ingresos inferiores a cuatro dólares al día) se están consolidando como una de las estrategias más sostenibles para involucrar al sector privado en la lucha contra los problemas sociales.

Un buen ejemplo en este sentido lo representa Novartis, que ha creado una división específica, Social Business Group, y lanzado el programa Familia saludable. El programa nació en la India en 2007, se extendió en 2012 a Kenia y Vietnam y actualmente cuenta con tres pilotos en Indonesia.

Para ello, Novartis ha establecido un grupo de Health Educators (educadores en salud) cuya misión es recorrer las zonas rurales de la India educando en nutrición, enfermedades infecciosas, alergias o tuberculosis.

Muchos de estos educadores son mujeres, favoreciendo también su empoderamiento. Además, ha creado Health Camps con médicos procedentes de la ciudad para hacer diagnosis una vez al mes en las zonas rurales.

Otra de las claves de éxito es que los productos estén disponibles en las zonas más remotas y alejadas de los centros urbanos. Para ello la farmacéutica ha desarrollado acuerdos con su red de distribuidores habitual para que extiendan su



radio de cobertura a las zonas rurales a través de vendedores locales. Además, los medicamentos tienen que ser extremadamente asequibles.

En este sentido, Novartis ha ajustado precios y creado versiones con menor número de unidades para acomodar el flujo de caja de los clientes a la vez que incrementa el seguimiento y la educación en la importancia de terminar los tratamientos.

Según la empresa, el programa ha educado en salud a más de 4,5 millones de personas de zonas rurales en 2013, y más de 230.000 han sido diagnosticadas en los campos de salud. Los productos distribuidos incluyen una amplia gama de medicinas esenciales.

El programa comenzó a ser financieramente viable a los treinta meses de su lanzamiento. Esta estrategia, que está siendo exitosa en muchas otras industrias, podría constituir una buena opción para incrementar el acceso en las zonas más remotas de forma sostenible y rentable.

Estrategia de precios de los medicamentos

Uno de los factores clave del acceso es la capacidad de pago de los pacientes. Por mucho que el medicamento esté disponible, si los pacientes no lo pueden pagar no sirve de nada.

Para facilitar la asequibilidad de los medicamentos, las empresas farmacéuticas están diseñando estrategias para hacer sus productos más accesibles a los más desfavorecidos, predominando la diferenciación de precios para los segmentos o países más pobres.

El informe destaca algunos ejemplos, como Merck & Co, que ofrece a pacientes sin cobertura de salud en once localidades indias un precio más bajo unido a un crédito sin interés para la compra de su tratamiento contra la hepatitis.

GSK, por su parte, ha lanzado un mi-

croseguro de salud por un dólar al mes. Para favorecer su adopción, este se puede adquirir y mantener con ingresos continuos en el teléfono a lo largo del mes. Los pacientes pueden ir pagando el precio del seguro diariamente según van teniendo excedentes.

Entre otras políticas, Novo Nordisk ha lanzado dosis únicas de insulina; Merck, pastillas masticables que no requieren agua y son más baratas de producir, y Bayer un sistema de precios diferencial basado en variables de segmentación.

Patentes, el gran reto pendiente

Pero el hueso más duro de roer es el uso de patentes. Y en este punto es donde menos avances se han producido a pesar de la presión social. Las empresas farmacéuticas, en general, siguen sin publicar el estado actual de sus patentes: dónde están activas y cuándo caducan.

Esta información es clave para la introducción de los genéricos, y según el índice, ninguna empresa farmacéutica ha publicado información referente al estado de sus patentes en el periodo de estudio.

Además, están ejerciendo grandes presiones para la aplicación de tratados de comercio restrictivos como el TPP (Trans-Pacific Partnership) o para la regulación en la introducción de genéricos en determinados países, especialmente la India, que por su política de genéricos se ha convertido en "la farmacia de los países en desarrollo".

Sin embargo, según el índice, sí se han producido avances muy relevantes en la concesión de licencias en determinados territorios.

Ocho empresas de las 16 que pueden legalmente proporcionar la información, han otorgado licencias para las enfermedades consideradas en el estudio, habiendo evidencia de 250 licencias.

Cada vez proporcionan más información pública sobre las licencias e incluyen



cláusulas que fomentan el acceso. Aunque la amplia mayoría de las licencias son para los antirretrovirales, se están haciendo avances para expandir las licencias a otras enfermedades como la hepatitis C o el citomegalovirus.

Las compañías líderes en este punto –según el índice–, Gilead y GSK, muestran innovación, apertura y un modelo más abierto para la gestión de la propiedad intelectual; si ellas pueden, el resto más pronto o más tarde les seguirán.

Ambas empresas tienen patentes en algunas de las enfermedades clave y ambas han concedido voluntariamente licencias para facilitar la producción de genéricos en un gran porcentaje de ellas, teniendo acuerdos que cubren amplios territorios y alto grado de flexibilidad en las licencias. Por otro lado, no hay que olvidar que, según la OMS, el 96% de las “medicinas esenciales” (necesarias para satisfacer las necesidades prioritarias en países en desarrollo), están ya fuera de la protección de la patente.

Es muy difícil generar un cambio que afecte a los fundamentos de la industria. Aun así, el sector reconoce que debe aceptar un límite razonable a las patentes. Su razón de ser está en el fomento de la investigación, pero los monopolios a largo plazo van en detrimento de la innovación. Están de acuerdo en abrir la discusión, pero siempre con la premisa de compensar el riesgo en el que están incurriendo.

La clave se encuentra en mantener un diálogo claro y constructivo entre todos los actores sobre los límites económicos y técnicos de las patentes, teniendo en cuenta las diferencias entre las distintas industrias y la realidad económica. Como dice Óscar Fernández-Capetillo, director de innovación CNIO: “Sería importante definir marcos de coexistencia que además sean lucrativos para todos”.

¿De verdad otro modelo es viable?

Hasta ahora, los intentos por desarrollar un modelo alternativo al actual han sido infructuosos.

En el año 2000, Victoria Hale, que había trabajado como investigadora farmacéutica para la Food and Drug Administration y para el gigante de la biotecnología Genentech, decidió crear el Institute OneWorld Health, la primera compañía farmacéutica no lucrativa en los Estados Unidos.

“Las compañías farmacéuticas miden sus resultados en términos de beneficios, nuestra idea es poner en marcha una compañía que mida su éxito por el número de vidas salvadas y de enfermedades curadas”, declaraba Victoria.

Han transcurrido quince años y OneWorld Health no ha logrado consolidarse como empresa farmacéutica y se ha convertido en el brazo para el desarrollo de medicamentos de PATH, organización no lucrativa líder en innovación en el terreno de salud.

Años más tarde, en 2009, se lanzó Medicines360, una compañía farmacéutica no lucrativa con la misión de extender el acceso a las medicinas a todas las mujeres, independientemente de su estatus o situación geográfica. De momento han conseguido desarrollar y patentar un tratamiento contraceptivo hormonal que se está distribuyendo con éxito en África.

Existen otras iniciativas similares que persiguen la misma loable intención, pero lo cierto es que a día de hoy no se ha logrado consolidar un modelo viable fuera del sistema de patentes.

Si se quiere solucionar el problema puntual de la falta de agua potable de una aldea en África, un proyecto de una ONG podría ser la solución. Igualmente, si lo que se pretende es incrementar los niveles de escolarización de una comunidad específica en Latinoamérica, un programa de becas y desarrollo económico financiado por una fundación puede ser la respuesta más adecuada.

Pero el desafío actual no se encuentra en solucionar casos aislados, siempre urgentes y necesarios, sino en desarrollar modelos y estructuras que sean capaces de incidir en varios frentes al mismo tiempo y generar un cambio sistémico; por utilizar los ejemplos anteriores, de ofrecer una respuesta económicamente viable al problema de la carencia de acceso al agua potable de miles de millones de personas o a la falta de escolarización de



“Las compañías farmacéuticas miden sus resultados en términos de beneficios, nuestra idea es poner en marcha una compañía que mida su éxito por el número de vidas salvadas y de enfermedades curadas”

millones de niños en las poblaciones del tercer mundo.

En este sentido, no es previsible que las propuestas de las organizaciones sociales (fundaciones, asociaciones, ONG, etc.) vayan a resolver los desafíos sociales del acceso a los medicamentos a una escala global sin la colaboración de la industria farmacéutica.

Ni siquiera la Fundación de Bill y Melinda Gates, que lleva años intentándolo, lo ha conseguido a pesar de sus ingentes recursos.

Diálogo y colaboración por el acceso a los medicamentos

Como se ha visto, la industria está haciendo grandes esfuerzos para mejorar el acceso tanto en la búsqueda de nuevas soluciones como en la donación de grandes sumas y dosis de medicamentos. Pero la encrucijada continúa.

Como señala IS Global y la campaña No es sano en su informe publicado en marzo 2016, Innovación biomédica y acceso a medicamentos esenciales: alternativas a un modelo roto, para desarrollar otro modelo la transparencia es clave en tres campos:

- Transparencia financiera. Datos fiables sobre su inversión, márgenes de beneficio y fondos públicos a los que tienen acceso.

Como ya se hace en otras industrias como la extractiva, deberían declarar todos sus impuestos, beneficios y subvenciones en cada uno de los países en los que operan.

- Transparencia en los acuerdos comerciales. Negociaciones de los tratados comerciales, bilaterales y regionales (con una

influencia definitiva en las normas de propiedad intelectual).

- Transparencia en los mecanismos de compras públicas. Negociaciones entre los diferentes gobiernos y las empresas farmacéuticas para las compras de medicamentos con dinero público.

Para Vanessa López, estas medidas son importantes pero deben ir acompañadas por cambios legislativos propugnados por los gobiernos: “Es necesaria una transformación sistémica y sería deseable que la industria participara de esta visión para sumarse a la misma. No obstante, la mayoría de esos cambios tienen que ser propiciados por los gobiernos”.

Este documento contempla un paquete de 16 reformas del modelo actual de innovación y desarrollo de medicamentos. Entre ellas la condicionalidad de las inversiones públicas, premios a la innovación, investigación abierta o el pago por resultados, como se está proponiendo en Inglaterra con el uso de bonos de impacto social para financiar la investigación farmacéutica.

No se sabe cuántas de ellas serán asumibles por la industria y hasta dónde pueden llegar garantizando su beneficio y su incentivo a la innovación, pero lo importante es establecer un diálogo fructífero entre todos los actores implicados –industria, gobiernos, ONG, sociedad civil– que ponga de manifiesto las necesidades individuales y se intenten entender y acoger para acometer la reclamada reforma.

Se trata de desarrollar un programa de cambio paulatino sin estigmatizar a la industria farmacéutica. Porque el acceso a los medicamentos es un problema multidimensional y la responsabilidad de atajarlo debe repartirse equitativamente entre los

diferentes actores –gobiernos, ONG, academia, empresas farmacéuticas, financiadores y organizaciones multilaterales como la OMS–.

La realidad actual es que el diálogo entre ellos es todavía muy pobre y los recelos mutuos siguen siendo importantes. Fomentar este diálogo y comprensión mutua es clave para desarrollar un modelo que tenga en cuenta: el coste real de investigar y fabricar los medicamentos; la investigación y producción de fármacos que cubran las necesidades más graves de la sociedad; el beneficio necesario para incentivar a la industria; los retos de los gobiernos para atajar los problemas de salud pública; los incentivos a los investigadores, o la sostenibilidad del sistema sanitario.

Ninguna de estas cuestiones puede contestarse aisladamente sin relación con el resto, ni tampoco puede abordarse la solución del problema global sin una colaboración entre los diferentes actores implicados: gobiernos, industria farmacéutica y ONG.

Cada vez existe un mayor consenso en la necesidad de identificar y desarrollar ecosistemas que permitan abordar de manera integral los problemas sociales. Solo descubriendo las interconexiones entre las diferentes variables que afectan a los problemas sociales y coordinando los esfuerzos entre los diversos actores será posible diseñar una estrategia eficaz de cambio social e incrementar exponencialmente el impacto.

Este compromiso colectivo no se crea por generación espontánea. Todos y cada uno de los actores implicados deben impulsar y facilitar las condiciones para que ese ecosistema de colaboración funcione y pueda darse el salto del impacto individual al colectivo. Ese es el reto que queda por delante. ■

Ébola, el nuevo negocio de las farmacéuticas

Mientras el virus ha tenido fronteras, allá en África, ese inframundo habitado por parias, el orden de las cosas sigue su cauce. Los muertos no contaban, salvo aquellos pertenecientes a organizaciones religiosas, misioneros, médicos, enfermeras y personal auxiliar de organizaciones humanitarias, de piel blanca, trasplantados al, eufemísticamente apodado, continente negro.

 **Marcos Roitman Rosenmann**





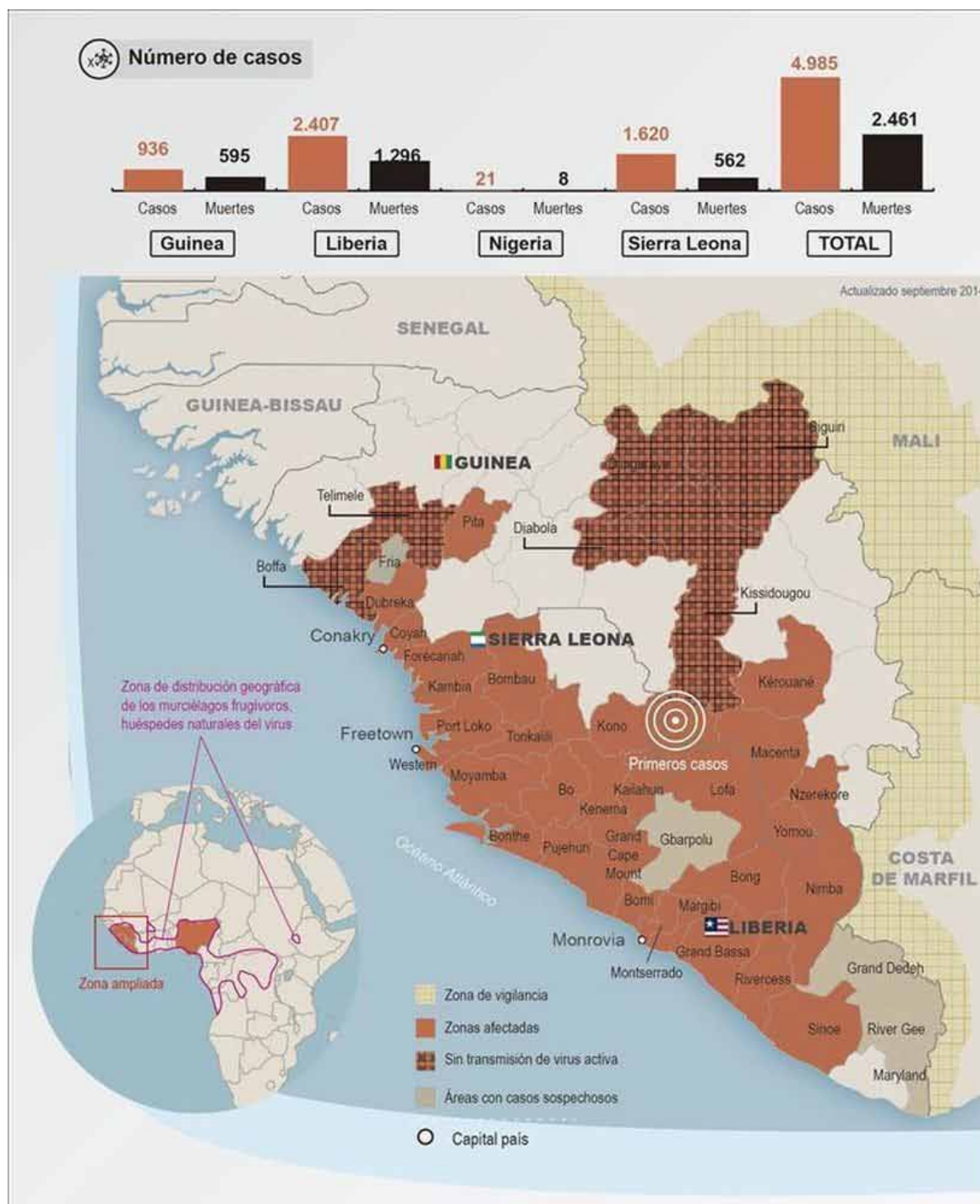
Mucha víctimas del Ébola u otras enfermedades infecciosas han pasado a la categoría de Santos y mártires. Religiosos altruistas que dan su vida por ayudar al desvalido. Una manera como cualquier otra de salvar el alma y redimir el sentimiento de culpa propio de pecadores. Igualmente, médicos, deportistas, actores y gente de la farándula hacen campaña para apadrinar un niño, construir una escuela o levantar un hospital. África es un buen lugar dónde practicar la condición de buen samaritano. Inclusive, Naciones Unidas tiene sus embajadores, gente de bien al servicio de causas humanitarias. Acciones que ennoblecen y reivindican al homo sapiens, sapiens, como seres reflexivos y conscientes, dolosos con la desgracia ajena, al decir de Adam Smith.

¿Algo habrá que hacer ante las hambrunas, falta de escuelas, hospitales, desastres naturales y enfermedades que asuelan África? Mil cosas, desde campañas de concientización en medios de comunicación hasta bonos solidarios ubicados estratégicamente en las cajas registradoras de supermer-

cados y grandes superficies que nos recuerdan la necesidad de misericordia con los pobres y desheredados de la tierra. Sin olvidarnos de las órdenes religiosas que se esmeran en recoger alimentos, medicamentos y donaciones para ampliar su labor evangelizadora. Comparte tu riqueza con un pobre, Dios te recompensará en el cielo, pero antes pasa por caja, la Iglesia te lo agradece. Sólo un dato: la orden San Juan de Dios, a la cual pertenecía el sacerdote español repatriado de Liberia y contagiado de ébola, contaba en 2011 para su filial, Orden Hospitalaria San Juan de Dios, con 12 millones de euros en productos financieros de deuda pública del tesoro español y capitales de riesgo y 1.16 millones de euros en renta fija del Banco de Santander. Todo un detalle, teniendo en cuenta que el medio millón de euros, que dice el gobierno ha costado el traslado a Madrid, será sufragado íntegramente por el Estado. De esta forma se cierra un capítulo más de la connivencia entre Iglesia y Estado.

Eso sí, mientras nos congratulamos del operativo humanitario, en Estados Unidos el ejército anuncia poseer un fármaco secreto llamado como respuesta al virus del ébola. Dicho anun-





cio coincide con los traslados del médico Kent Brantly y la cooperante Nancy Writebol, afectados por el virus, al centro de enfermedades infecciosas de Atlanta, el más completo en el mundo para su tratamiento. Mientras tanto, el religioso español Miguel Pajares es repatriado a un hospital de Madrid, desmantelado, que no cuenta con medios, pero sí con el fármaco, enviado gentilmente por el ejército estadounidense para ser administrado como paliativo. En ambos casos se da vía libre para experimentar en humanos. Ahora, tras la muerte del sacerdote español Miguel Pajares, el Comité de Ética de la Organización Mundial de la

Salud aprueba el uso experimental del fármaco en África como opción para el tratamiento o prevención, aunque no se conozcan sus efectos secundarios y su eficacia no esté comprobada. Pero, oh casualidad, el fármaco está agotado....

Utilizar el Zmapp en los países afectados por el virus del ébola amplía la población sobre la cual experimentar, pero sobre todo facilita a sus dueños el control, a pie de campo, de los posibles efectos secundarios, convirtiendo a África en un laboratorio al aire libre. Por el momento el brote actual ha causado la muerte de más de mil personas, situando la tasa de mortali-

“El ébola es un argumento más para cerrar puertas y, de paso, seguir obteniendo beneficios económicos en nombre del progreso”



dad entre 25 y 90 por ciento de los infectados. Pero nos olvidamos que los países afectados forman parte del tercer mundo, donde se desarrolla la venta de armas, la extracción de materias primas y el comercio ilegal de diamantes o animales exóticos por auténticas mafias y empresas transnacionales, donde los gobiernos hacen la vista gorda. No hay nada mejor que una espléndida pandemia vírica para aumentar beneficios.

Sirva como recordatorio que África, sus gentes y sus riquezas han sido explotadas por potencias e imperios en nombre del progreso y la civilización occidental. Bélgica, Holanda o Gran Bretaña. Sin olvidarnos de

Francia, España, Portugal, Alemania o Italia. Desde el siglo XVI, hombres, mujeres y niños fueron capturados, encadenados y transportados a Europa y América, vendidos como esclavos. Reyes, cortesanos y burgueses amasaron sus fortunas potenciando el comercio de carne humana. Igualmente expropiaron sus territorios y establecieron sus lindes para monocultivos, plantaciones de caucho, cacao, azúcar y cuanta materia prima fuese capaz de generar ganancias. Asimismo, el marfil, las pieles y los trofeos de caza fueron lucidos en las mansiones de Londres, Ámsterdam, París, Bruselas, Brujas, Roma o Hamburgo.

Hoy Europa le cierra las puertas. Antes los importaban como mercancía, hoy los expulsan como seres humanos. Pateras atestadas de jóvenes africanos, atraídos por las sociedades opulentas, dejan su vida en el mar por un sueño imposible. Son miles los africanos muertos en las aguas que bañan las costas de España y Italia o ven cómo se les reprime cuando tratan de saltar las alambradas de Melilla. El ébola es un argumento más para cerrar puertas y, de paso, seguir obteniendo beneficios económicos en nombre del progreso. El ébola es una bendición para las empresas farmacológicas. Además lo sufren africanos, no la gente civilizada. Una verdadera ventaja. ■

LAS COMPAÑÍAS FARMA A LOS MEDICAMENTOS I

La novela de John Le Carre, *El jardinero fiel*, en la que se narraba la conmovedora historia de Quayle, un flemático diplomático inglés que decide investigar el asesinato de su mujer, volvió a poner bajo los focos el trabajo de las compañías farmacéuticas en los países menos desarrollados.

 **Javier M. Cavanna**

Hay que reconocer que la novela supo combinar todos los ingredientes para construir un duro alegato contra la industria farmacéutica difícil de desmontar.

Una mujer joven, inteligente, apasionada y guapa, colaboradora desinteresada de una ONG en África, es asesinada cuando intenta revelar las turbias maniobras de una empresa farmacéutica.

Es la historia de David contra Goliath, un combate desigual. Como expresa uno de los personajes de la película, "es la lucha de unos cuantos voluntarios que trabajan en organizaciones con ordenadores donados frente a empresas que tienen millones para gastar en relaciones públicas".

Ahora bien, con independencia de la verosimilitud de la trama de *El jardinero fiel*, lo cierto es que el sector farmacéutico no parece gozar de buena imagen en las últimas dos décadas. Para mucha gente resulta difícil justificar los enormes beneficios de las compañías farmacéuticas, cuando millones de niños

mueren diariamente por falta de medicamentos o por tener estos un precio excesivo.

En efecto, cada año las enfermedades infecciosas matan a 14 millones de personas en los países menos desarrollados, lo que equivale a 30.000 muertes diarias. En África, las enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 60% de las muertes.

En Europa, sin embargo, representan sólo un 5% del total, mientras que un 70% de las muertes son causadas por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (las cuales están correlacionadas con la edad y factores inherentes al estilo de vida).

De las 14 millones de muertes (alrededor de 1.600 cada hora) causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias que se estima tuvieron lugar en 1999, la mayoría fueron de personas pobres en países en desarrollo, incluyendo 6,3 millones en África y 4,4 en el sudeste de Asia.

Más de la mitad fueron muertes de niños que no habían cumplido cinco años. Seis enfermedades —neumonía, diarrea, sida, malaria, sarampión y tuberculosis— son,



FÁRMACÉUTICAS Y EL ACCESO EN EL TERCER MUNDO



según la OMS, la causa de la mayoría de estas muertes, que matan principalmente a niños y a jóvenes. Se estima que sólo la malaria tiene un coste de 12.000 millones de US\$ de pérdidas en el PIB de los países del África subsahariana y consume el 40% del gasto en salud pública de la región.

Ante la crudeza de estas cifras las miradas se vuelven airadas hacia las empresas farmacéuticas, acusándolas de ser las principales responsables de esta situación.

El sector farmacéutico, argumentan sus detractores, parece preocupado exclusivamente de ganar cada año más dinero con la venta de medicamentos, cuyo precio hincha artificialmente para pagar los altos salarios de sus ejecutivos.

Resulta escandaloso, acusan, que su investigación esté centrada en desarrollar productos para atender las enfermedades de los países opulentos (cardiovasculares y del sistema nervioso), mientras en los países pobres

la gente se muere por falta de la medicación adecuada o por ser ésta demasiado cara.

La solución

La solución, de acuerdo con el Informe Beyond Philanthropy, elaborado conjuntamente por Oxfam, Save the Children y VSO, es fácil, y pasa por adoptar las siguientes medidas.

1) Precios diferenciales para los países menos desarrollados. Las compañías farmacéuticas deben tener una política de precios especial para los países menos desarrollados que atienda los problemas de la salud pública que esos países enfrentan. Esa política de fijación de precios debe ser transparente, no estar circunscrita exclusivamente a algunos medicamentos estrella y, si es posible, supervisada por una entidad pública independiente.

2) Mayor flexibilidad en la protección de las patentes. Las compañías farmacéuticas deben flexibilizar la aplicación de la protección de sus pa-

tentes cuando éstas afecten o puedan afectar gravemente a la salud pública de esos países.

Una medida que pueden tomar es conceder licencias para la producción a empresas locales de países en vías de desarrollo. De no hacerlo así, los países podrían invocar la "cláusula compulsoria", de acuerdo con los procedimientos de la OMC, que les autoriza a producir los medicamentos cuando consideren que la salud de su población está en peligro.

3) Más investigación y desarrollo en las enfermedades infecciosas. Las compañías deben hacer un mayor esfuerzo por destinar más recursos a la investigación y desarrollo de medicamentos para las enfermedades infecciosas. Este esfuerzo debe incentivarse con medidas que desgraven fiscalmente a las compañías.

La contribución de la industria farmacéutica

¿Pero qué hay de cierto en estas acusaciones? ¿Son las empresas far-



macéuticas las causantes de esta situación? ¿Acaso el problema de las altas tasas de mortalidad se resuelve bajando los precios o renunciando a la protección de las patentes, como reclaman algunas de las ONG? Respecto a la investigación en enfermedades infecciosas, la mayoría de las grandes empresas farmacéuticas argumentan que lo llevan haciendo desde hace varios años.

Entre los ejemplos más conocidos suelen citarse los esfuerzos de Bayer y GlaxoSmithKline, conjuntamente con la OMS, para desarrollar una droga o un tratamiento que combine la terapia y el medicamento contra la enfermedad de la malaria; el Instituto de Medicina Tropical en Singapur (122 millones de US\$ de inversión desde su constitución) creado por Novartis, focalizado en desarrollar terapias para el tratamiento del dengue y la tuberculosis; el nuevo laboratorio en Bangalore, India, dedicado a la investigación de tratamientos para la tuberculosis B, financiado (10 millones de US\$ para la construcción del edificio y 5 millones de US\$ para los gastos corrientes) por AstraZeneca, o el programa de donación de Mestizan, uno de las primeras iniciativas de la industria, para tratar la onchocerciasis ("river blindness") impulsado por Merck y cuyo monto asciende a 174 millones de US\$ hasta la fecha.

Además, están las alianzas impulsadas conjuntamente por el sector para combatir determinadas enfermedades, como la Iniciativa para la Erradicación de la Polio (PEI), la Roll Back Malaria (RBM), Stop Tuberculosis, la Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GABI), el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) o la Alianza Global para eliminar la Filariasis Linfática (GAELF).

En cuanto a la contribución total de la industria, un reciente estudio realizado por la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica (IFPMA) y validado por el Centro de Salud y Cuida-

dos de la London School of Economics el pasado mes de marzo muestra que en los últimos cinco años, desde que se lanzó por Naciones Unidas la campaña para la consecución de los Objetivos del Milenio, las 126 alianzas creadas por los departamentos de I+D de las principales empresas farmacéuticas han prestado asistencia sanitaria a 539 millones de personas o, lo que es lo mismo, más de dos tercios de la población de los países subsaharianos.

En este periodo la industria ha proporcionado medicinas, vacunas, equipos, educación en salud y mano de obra por un valor estimado de 4,3 mil millones de dólares. Esta cifra supera a toda la ayuda oficial al desarrollo de Canadá durante el año 2004 o la de Holanda, y es tres veces mayor que la de Suiza.

Otra de las magnitudes de comparación es contrastarla con la suma de las ayudas durante el año 2005 de Oxfam, Médicos sin Fronteras y Save the Children que juntas arrojan la cifra de 650 millones de dólares. Más problemáticas resultan las recomendaciones de aplicar precios diferenciales a los países menos desarrollados, la acusación de ganar beneficios desproporcionados o la propuesta de renunciar a la protección de las patentes.

Como apunta Regina Revilla, directora de Relaciones Externas y Comunicación de MSD, "si bien parece que las patentes son el enemigo de acceso a los medicamentos, eso no es así. Las patentes son las que permiten que se genere la investigación y que ésta se transmita y aporte mejoras a quienes lo necesiten. En el caso del sida, nuestra compañía aplica una política de precios diferenciados para los antivirales Crixivan y Stocrin, suministrándolos a precios de coste en los países donde el sida es epidémico.

Pero esto no es suficiente, el problema no se arregla bajando sólo el precio, es necesario facilitar el acceso a los medicamentos de manera eficaz, lo que pasa por mejorar la infraestructura sanitaria



de esos países, luchar más decididamente contra la corrupción y formar al personal sanitario. Es un esfuerzo conjunto en el que la industria farmacéutica puede ayudar mucho, pero en el que es necesario el concurso y el compromiso, sobre todo, de los gobiernos locales”.

Sida, acceso a los medicamentos y lucha contra la corrupción

La inquietud por la lucha contra la corrupción es una de las preocupaciones mayores del último informe de Transparency Internacional. El Informe Global de la Corrupción 2005 de la TI está dedicado a la lucha contra la corrupción en el sector de la salud.

En uno de los capítulos del informe, los expertos Liz Tyler y Clare Dickinson, declaran que “existen amplias pruebas de que la corrupción obstaculiza los esfuerzos para prevenir la infección del sida y tratar a las personas que viven con el virus en muchas partes del mundo”.

Las estimaciones más prudentes señalan que en el África Subsahariana, el 7% de las mujeres y el 2% de los hombres están infectados. En algunos países como Botswana, Swazilandia y Zimbabwe esa cifra llega hasta el 25% entre la población adulta. Las drogas anti-retrovirales (ARVs) han conseguido aumentar la calidad de vida de los infectados por el virus considerablemente.

En África se estima que una persona después de haber sido infectada tiene un promedio de seis años de vida, con los ARVs su expectativa de vida se puede duplicar o triplicar.

En esta última década el tratamiento con los ARVs ha pasado de ser un medio reservado a las clases pudientes a un tratamiento bastante accesible a las personas de bajos recursos, cerca de 700.000 personas reciben este tratamiento en los países menos desarrollados.

Sin embargo, si bien en muchos países existen drogas anti-retrovirales donadas en cantidades importantes o a precios muy subsidiados, existen muchas evidencias de corrupción por parte de los funcionarios del gobierno, administradores de programas de salud y trabajadores en los hospitales.

No es infrecuente que se soliciten favores sexuales, monetarios o materiales a cambio de la medicación y de cuidados adecuados (Global Corruption Report 2005. Corruption and Health); se negocien y vendan los tratamientos en el mercado negro, en Tsavo Road (Nairobi) se venden grandes cantidades al día, o se aproveche el bajo precio de los medicamentos en los países menos desarrollados para exportarlos a un precio superior a otros países y obtener una cuantiosa ganancia.



A título de ejemplo, un mes de suministro de Convivir de GlaxoSmithKline cuesta unos 610 US\$ en Inglaterra y 20 US\$ en Uganda, Tanzania y Kenia. Según algunas ONG, las empresas farmacéuticas exageran la escala de este problema para tratar de aliviar la presión que sufren para que bajen los precios a los países menos desarrollados, pero lo cierto es que Glaxo está cambiando la marca y el color de los AVR's que vende en los países en desarrollo para tratar de minimizar los riesgos.

En todo caso, lo que si parece claro es que no basta presionar a las empresas farmacéuticas para que bajen sus precios; los precios podrán bajar pero si no se atacan otros problemas como la ineficacia de los sistemas de salud, la falta de canales de distribución que lleguen a la población afectada y, sobre todo, la corrupción en los gobiernos receptores de la ayuda, el esfuerzo de las empresas farmacéuticas no habrá servido de mucho.

Los gastos en I+D y la coyuntura económica del sector

Algunos representantes del sector farmacéutico declaran que otro de los problemas es que no se conocen bien los enormes gastos que implica el desarrollo de un nuevo medicamento,

aproximadamente unos 800 millones de dólares, según la estimación más comúnmente aceptada.

Las empresas farmacéuticas dedicadas a la investigación invierten una media del 15% de su facturación en el desarrollo de nuevos medicamentos. Atendiendo a la cantidad de nuevos medicamentos autorizados, los gastos de investigación y desarrollo (I+D) que afronta la industria farmacéutica han aumentado sustancialmente en los últimos años, es decir, que para desarrollar un nuevo medicamento, las empresas farmacéuticas deben invertir, por término medio, cada vez más dinero.

Según Stefan Schneider y Silvia Quaglini de UBS Wealth Management Research: "Los gastos en I+D –son muy elevados porque los prometedores ensayos de laboratorio que se realizan con un principio activo no garantizan que la compañía pueda lanzarlo más adelante como un medicamento nuevo. Apenas los investigadores hallan un principio activo interesante desde el punto de vista médico, la empresa solicita la patente.

Esta patente suele tener una validez de 20 años. Pero antes de que surja un nuevo medicamento, el principio activo deberá pasar por una serie de fases de ensayos.

Así, hasta que la empresa obtiene la autorización para la comercialización, transcurren, por lo general, de diez a quince años. Muchos de estos principios activos no resultan ser aptos durante el proceso de ensayos de varias fases y deben ser dejados de lado. De 7.500 principios activos sometidos a ensayos en laboratorio o con animales, sólo uno llega a las estanterías de las farmacias u hospitales.

De hecho, las compañías farmacéuticas sólo generan más beneficios de los que invirtieron en el desarrollo con un 30% de los medicamentos finalmente autorizados". Además, las empresas farmacéuticas tienen que hacer frente al mercado cada vez más competitivo de la industria de medicamentos "genéricos", fármacos más baratos elaborados por las empresas una vez ha vencido la patente del medicamento.

En la actualidad los medicamentos genéricos representan un poco más de la mitad de todos los medicamentos vendidos en los Estados Unidos. La investigación y desarrollo de un genérico viene a costar alrededor de un par de millones de dólares, muy lejos de los 800 millones de dólares que cuesta un fármaco nuevo.

Como señala Javier Mur, socio responsable de Health and Life Sciences





de Accenture: “Lo cierto es que la industria farmacéutica está sufriendo una caída progresiva de la rentabilidad en los últimos años debido a diversos factores”.

“Por una parte esta la administración pública que tira hacia abajo los precios de los medicamentos, en los mercados donde los precios están regulados, y presiona para que se modere el consumo con el fin de que la factura por la cobertura sanitaria le salga más barata; y por otra se están incrementando los gastos en I +D, ya que las exigencias de pruebas clínicas para nuevos medicamentos son mucho mayores y ha disminuido sensiblemente el ratio de éxito de sacar un nuevo medicamento al mercado. Prueba de ello es la evolución en bolsa del sector en los últimos años. El mercado ya no está premiando a aquellas empresas que invierten más en

emitir un veredicto. De un lado nos encontramos ante la realidad durísima de la pobreza, ante la muerte de millones de personas, muchas de ellas niños. De otra, con un sector que en los últimos años ha realizado un esfuerzo considerable para intentar paliar estas situaciones, en una coyuntura en la que ve como se están estrechando sus márgenes, al tiempo que aumenta el escrutinio de sus actividades por grupos activistas y ONG con gran influencia en la opinión pública.

Quizá, lo que la industria esté necesitando es continuar invirtiendo en I+D y, cómo no, seguir impulsando las alianzas para combatir las principales enfermedades infecciosas, pero tampoco le vendría mal invertir en producir una buena película que contrarreste el mal sabor de boca de El jardinero fiel. ¿Pero, se atreverá alguien a hacerla?



Victoria Hale y su lucha por las enfermedades olvidadas

En el verano del 2000, Victoria Hale se encontraba en Bihar, India, una de las zonas más castigadas por una enfermedad infecciosa llamada leishmaniasis, también conocida como kalaazar, o fiebre negra, que causa cerca de 500.000 muertes al año. La enfermedad se extiende por la picadura de un mosquito y destruye poco a poco los órganos internos.

Algunas drogas pueden curarla, pero están perdiendo eficacia a medida que el parásito se vuelve más resistente.

Además, el precio de la droga es demasiado caro para la gente de Bihar, varios cientos de dólares. “Cuando regresé a mi hotel —cuenta Victoria Hale— después de pasear por las estrechas calles de Bihar y comprobar los efectos del Kalaazar rompí a llorar y tome el propósito de hacer algo. Llamé por teléfono a mi marido y le comenté entre sollozos que quería dedicarme a ayudar a esta gente. Y él me contestó: seguro, regresa a casa y lo haremos juntos”.

I+D porque los retornos de esa inversión no son tan seguros como hace unos años”.

Después de todas estas consideraciones no resulta fácil



Hale, que había trabajado como investigadora farmacéutica para la Food and Drug Administration y para el gigante de la biotecnología Genentech, regresó a su casa de San Francisco y con ayuda de su marido, el físico Ahvie Herskowitz, decidió crear el Instituto OneWorld Health, la primera compañía farmacéutica no lucrativa en los Estados Unidos.

Si tomamos las cifras de enfermos causadas por el kaalazar y las comparamos con enfermedades similares en los Estados Unidos comprobaremos que se encuentra justo detrás de las enfermedades coronarias y el cáncer. El problema es que el kaalazar está concentrado en las zonas más pobres del planeta: India, Nepal, Bangladesh, Sudán y Brasil, donde viven pacientes con poco poder adquisitivo para atraer la atención de las empresas farmacéuticas.

Victoria quería romper esta brecha enorme, crear una compañía farmacéutica sostenible económicamente y que, al mismo tiempo, se preocupase por los más necesitados. “Las compañías farmacéuticas miden sus resultados en términos de beneficios, nuestra idea era poner en marcha una compañía que midiese su éxito por el número de vidas salvadas y de enfermedades curadas”.

Con el fin de lanzar la compañía, Victoria comenzó a recaudar dinero de personas individuales, empresas y fundaciones (la Fundación de Bill y Melinda Gates le donó más de 5 millones de dólares), y a apoyarse en la ayuda voluntaria de cientos de investigadores farmacéuticos y personas de otros campos.

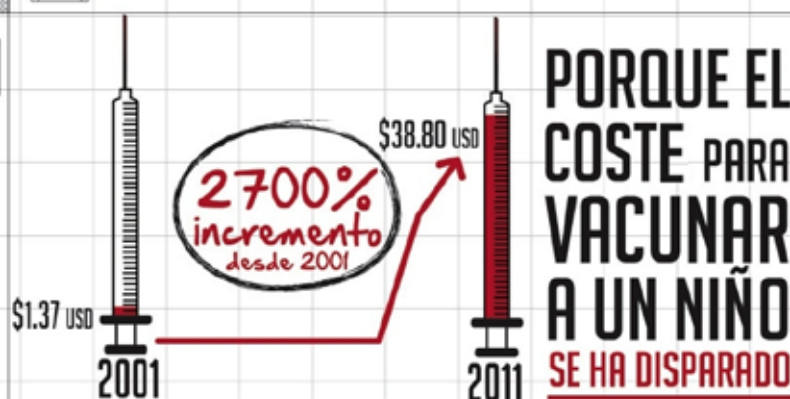
En la actualidad el Instituto está a punto de recibir la aprobación de su primer medicamento, una versión del paromomicin, que puede curar la leishmaniasis de manera muy eficaz y a un coste aceptable para los pacientes. Así mismo el Instituto está fijando su atención en el desarrollo de medicamentos y vacunas para combatir otras enfermedades, como la malaria o la diarrea infantil.

“Nos encontramos en medio de una auténtica revolución en las ciencias farmacéuticas. Los investigadores han desarrollado potentes medicamentos para combatir las enfermedades de los países ricos, como el cáncer o las enfermedades coronarias. La ciencia está ahora en condiciones de hacer lo mismo con las enfermedades infecciosas que afligen a una parte importante de la población mundial. Lo único que necesitamos es la voluntad de hacerlo”.

Victoria fue galardonada con el premio a la Innovación por la revista The Economist en el apartado de la innovación social y económica. ■

LA “DÉCADA DE LAS VACUNAS” COSTARÁ
\$57 000 MILLONES 💰💰💰💰

¿Por qué tanto?



La peor pesadilla de las grandes farmacéuticas

En una cálida tarde de agosto de 2000, cuatro estadounidenses llegaban a una reunión secreta en un ático del centro de Londres perteneciente a Yusuf Hamied, un multimillonario indio fabricante de medicamentos. Otra sexta persona se uniría a ellos: un empleado francés de la Organización Mundial de la Salud que volaba desde Ginebra tras avisar a sus compañeros de trabajo que se pedía el día libre.

Hamied llevó a sus invitados al comedor de la séptima planta. Este salón tenía vistas a los jardines privados de Gloucester Square, Bayswater, un lugar del que solo los residentes tienen llave. Los seis hombres se sentaron alrededor de una mesa de cristal presidida por un cuadro de caballos galopantes de un artista de Mumbai (Hamied tiene caballos de carreras estabulados en tres ciudades). La discusión, que se prolongó durante toda la tarde y más allá de la cena en el cercano restaurante Bombay Palace, ayudaría a cambiar el rumbo de la historia de la medicina.



 **Sara Boseley**

Jamie Love es un activista especializado en cuestionar las leyes de propiedad intelectual y de patentes con las que las multinacionales del sector blindan los altísimos precios de medicinas que podrían salvar la vida de millones de personas



En una cálida tarde de agosto de 2000, cuatro estadounidenses llegaban a una reunión secreta en un ático del centro de Londres perteneciente a Yusuf Hamied, un multimillonario indio fabricante de medicamentos. Otra sexta persona se uniría a ellos: un empleado francés de la Organización Mundial de la Salud que volaba desde Ginebra tras avisar a sus compañeros de trabajo que se pedía el día libre.

Hamied llevó a sus invitados al comedor de la séptima planta. Este salón tenía vistas a los jardines privados de Gloucester Square, Bayswater, un lugar del que solo los residentes tienen llave. Los seis hombres se sentaron alrededor de una mesa de cristal presidida por un cuadro de caballos galopantes de un artista de Mumbai (Hamied tiene caballos de carreras estabulados en tres ciudades). La discusión, que se prolongó durante toda la tarde y más allá de la cena en el cercano restaurante Bombay Palace, ayudaría a cambiar el rumbo de la historia de la medicina.

El número de personas con VIH/sida en el mundo había alcanzado los 34 millones, muchas de ellas en los países en vías de desarrollo. Hamied y sus invitados buscaban una forma de

romper el monopolio que mantenían las compañías farmacéuticas sobre los medicamentos para el sida, y así poder dar acceso a estas medicinas que salvan vidas a quien no podía pagarlas.

Hamied era el jefe de Cipla, una empresa radicada en Mumbai que fundó su padre para hacer copias genéricas baratas de fármacos libres de patentes. Él solo conocía previamente a uno de los hombres: Jamie Love, director del Consumer Project on Technology, una organización sin ánimo de lucro financiada por el activista político estadounidense Ralph Nader. Love estaba especializado en cuestionar las leyes de propiedad intelectual y de patentes. Durante cinco años había estado capitaneando a activistas de perfil alto de organizaciones como Médicos Sin Fronteras en una batalla para demoler la protección de patentes.

Las patentes otorgan protección a las invenciones, garantizando a sus poseedores un periodo de monopolio para recuperar la inversión; en el caso de las empresas farmacéuticas, esto puede ascender a 20 años. Sin competencia, las compañías farmacéuticas pueden cobrar lo que quieran. Love, economista y nerd de patentes confeso, se había enfrentado a políticos, funcionarios y abogados corporativos, protestando contra los injustos monopolios sobre productos que



iban desde el software al material de papelería. Su mayor preocupación en ese momento eran los millones de vidas interrumpidas prematuramente por falta de medicinas asequibles. Le había estado haciendo la misma pregunta a todo el que podía, desde las Naciones Unidas hasta el gobierno estadounidense: ¿cuánto cuesta realmente fabricar los medicamentos que permiten a alguien con el VIH seguir con vida?

“Observar a Jamie discutir con funcionarios gubernamentales escépticos es algo intelectualmente bello, porque no hay nadie que pueda rebatirle cuando se pone a funcionar”, dijo en septiembre Nader, en su programa de radio del sur de California. “Jamie es un héroe global. Ha salvado muchísimos miles de vidas venciendo a las grandes farmacéuticas y reduciendo el precio de los fármacos para la gente pobre de otros países”.

Love había volado desde su casa en Washington hasta Londres en compañía de Bill Haddad, un periodista de investigación que había estado nominado para el premio Pulitzer por exponer a un cártel de empresas farmacéuticas que estaba fijando los precios de los antibióticos en América Latina. Haddad era entonces el consejero delegado de una empresa llamada Biogenetics, que fabricaba copias baratas de las medicinas de marca estadounidenses, una vez que estas perdían la protección de patente.

La reunión era confidencial, porque su blanco eran las ricas y poderosas compañías farmacéuticas, que defienden sus patentes con ferocidad. Desde hacía cuatro años, en Estados Unidos y otros países prósperos había existido un cóctel de tres fármacos para tratar a la gente con VIH, con un coste de entre 10.000 y 15.000 dólares al año. Pero en África, un diagnóstico así suponía una sentencia de muerte. En 2000, más de 24,5 millones de personas en el África subsahariana tenían sida. Muchas de ellas eran jóvenes, muchas tenían también hijos y no podían permitirse este tratamiento para salvar la vida. Love tenía una palabra para este estado de cosas: racismo.

El mes anterior al encuentro de Gloucester Square, 12.000 personas de todo el mundo se juntaron en Durban, Sudáfrica, para exigir fármacos asequibles en una feroz y apasionada conferencia, la International Aids Conference. Hubo manifestaciones en las calles y cánticos, danzas y retumbar de tambores en la sala de conferencias. Un juez blanco del tribunal constitucional, Edwin Cameron, se subió a la tribuna para anunciar que era VIH-positivo y denunciar a un mundo en el que él puede comprar su vida pero otros tienen que morir.

Un niño que nació con VIH, Nkosi Johnson, arrancó las lágrimas de la gente tras hacer un llamamiento a la aceptación y al entendimiento. Sin tratamiento, murió al año siguiente, con 12 años. Nelson Mandela, el ex presidente, clausuró la conferencia con una llamada a la acción digna de un estadista.

En la reunión de Londres, Love tenía una pregunta para Yusuf Hamied. Estaban sentados alre-



James Love and Dr. Yusuf K. Hameid de CIPLA





“Se están lanzando al mercado global nuevas medicinas para enfermedades mortales, como la hepatitis C o el cáncer, a unos precios tan altos que los países ricos tienen que buscar la manera de racionarlos”

dedor de la mesa de cristal, en mangas de camisa por el calor veraniego: ¿cuánto cuesta fabricar fármacos para el sida?

Hamied fabricaba los antiretrovirales que mantienen a raya al VIH durante un tiempo. En India, gracias a la Ley de Patentes de 1970, en la que su padre había sido decisivo, no se aplicaban las patentes de medicamentos concedidas en EEUU o Europa. Todavía. (El acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio, o ADPIC, que exige a todos los países reconocer las patentes internacionales, no entró en vigor en India hasta 2005). El coste de fabricar un fármaco, le respondió Hamied a Love, es poco más que el coste de la materia prima.

Cuando los visitantes volvían a sus hoteles, el plan ya estaba en marcha. Hamied empezaría a fabricar el Triomune, una pastilla diaria barata que combinaría los tres fármacos para el sida que vendían tres fabricantes por separado a precios muy elevados en EEUU y Europa, y la vendería en África y Asia por una pequeña parte de su precio original.

Quince años después, ya no solo es la gente pobre la que no puede permitirse los medicamentos que necesitan. Se están lanzando al mercado global nuevas medicinas para enfermedades mortales, como la hepatitis C o el cáncer, a unos precios tan altos que los países ricos tienen que buscar la manera de racionarlos. Y Jamie Love ha vuelto a la batalla.

Una pelea personal

En 2010, la causa por la que había luchado Jamie Love durante toda su vida se hizo intensamente personal. A su mujer y colega, Manon Röss, le diagnosticaron un cáncer de mama de grado 4. Röss le preguntó a su médico que cuánto tiempo le quedaba. Le respondió que no 10 o 20 años, pero sí probablemente entre 5 y 10. Eso eran buenas noticias. Tiempo suficiente para tener un perro. Días después del diagnóstico, Röss empezó con la quimioterapia, pero dado que tanto su madre como su hermana habían padecido cáncer, era posible que tuviera una propensión genética heredada a la enfermedad que podría determinar qué tratamiento debía recibir. Hubo retrasos para obtener el resultado de la prueba; probablemente, así lo cree Love, porque estaba patentada.



“A Love le costaba entender cómo se habían presentado en su puerta las mismas tragedias contra las que había luchado durante toda su vida”

“Tardamos semanas en recibir el resultado y yo estaba furioso”, confiesa Love. “Te quedas pasmado, sin saber qué demonios está pasando y sin siquiera saber qué significan los grados e intentando comprenderlo todo. Y luego te das cuenta de que el motivo de que no le hicieron la prueba es que el puto precio era tan alto que no la recomendaron antes. Es muy barato realizarla, pero muy cara por la patente. Es un poco locura”.

El cáncer agresivo de Ress respondió al fármaco Herceptin durante un tiempo. Cuando dejó de funcionar, le recetaron T-DM1, comercializada por el gigante farmacéutico suizo Roche con el nombre de Kadcyla. El fármaco tenía un precio en el Reino Unido de 90.000 libras al año, lo que lo convierte en el fármaco para el cáncer de mama más caro que se ha vendido nunca.

“Lo recibo cada tres semanas y tiene muy pocos efectos secundarios; ojos secos, boca seca y dolores articulares”, me cuenta Ress. Eran nimiedades en comparación con la quimioterapia, que le había provocado infecciones, inutilizado los conductos lagrimales y arruinado la vista, que tuvo que corregirse con una operación de cataratas. Y el Kadcyla funcionó al instante. “Inmediatamente, tres tumores desaparecieron. Todavía queda uno en el pulmón, pero se está reduciendo”.

A Love le costaba entender cómo se habían presentado en su puerta las mismas tragedias contra las que había luchado durante toda su vida. Gracias a él y a sus colegas, los fármacos contra el sida son asequibles en todo el mundo, pero los fármacos avanzados contra el cáncer no lo son. Y aunque, gracias a su seguro, Ress puede conseguir unos años más de vida, a ella y a Love les llena de indignación que otras mujeres, incluso en países ricos, no tengan las mismas oportunidades.

Al principio, Ress no quería hablar en público sobre su enfermedad y tratamiento. Pero sabía que una de las razones por las que se ganó la batalla mundial por los tratamientos contra el sida fue la voluntad de la gente de ser abierta sobre su condición de VIH-positivo. Ress decidió que podía ser una activista apasionada. “Es indignante que haya mu-

jes que no reciban este fármaco según el lugar donde nacieron”, dice. “No debería ser cuestión de suerte”.

La batalla de Ress por sobrevivir hizo cambiar de punto de vista a Love. Eso me contó desde detrás de una pinta de lager en una fría noche londinense, durante la primavera pasada. Se había pasado años centrado en los fármacos que estaban a punto de salir de patente; fármacos que en ese momento tenían casi dos décadas de antigüedad. Pero todos los años se desarrollan fármacos mejores contra el cáncer. Por el bien de las mujeres como su esposa, Love supo que debía trabajar en el acceso a los nuevos fármacos, no solo a los que están a punto de perder la protección de patente.

A sus 66 años, Love sigue teniendo los hombros anchos de un hombre que ha conocido el trabajo físico duro. La noche que nos reunimos, se estaba preparando para presentar su plan radical para recortar el coste del Kadcyla. También estaba deseoso de tener una vídeo llamada con Ress para contarle su participación en la conferencia sobre derechos de propiedad intelectual de Cambridge en la que había estado los dos días anteriores. Ress estaba en Washington DC, donde da paseos de unos 10 km todos los días junto a su querido Airedale terrier.

Después de que el Kadcyla saliera al mercado y tras extensas negociaciones, Roche accedió a reducir su precio. (Los detalles de estas negociaciones son secretos para el público y para los competidores de la compañía). Sin embargo, el NHS (el Servicio Nacional de Salud británico) sigue considerándolo demasiado caro para uso general.

En respuesta a esto, Love conibió un plan. En octubre, una coalición de activistas organizada por Love le envió una carta al ministro de Sanidad, Jeremy Hunt, proponiendo una solución tan radical y sorprendente como su plan para los fármacos contra el sida. Love instaba al gobierno británico a anular la patente del Kadcyla, pagarle una indemnización a Roche —un procedimiento llamado licencia obligatoria— y autorizar a una empresa a fabricar copias genéricas baratas. Desafiar a un gobierno del primer

www.antenamisionera.org

<https://antenamisionera.wordpress.com/>

+ WEB

+ BLOG



ANTENAMISIONERA

Mirar con los ojos de los que sufren

Misioneros de la Consolata SOBRE NOSOTROS

Los Misioneros de la Consolata fuimos fundados en 1901 por el Beato José Allamano en Turín (Italia). Somos una comunidad de sacerdotes, hermanos y laicos dedicados de forma exclusiva al trabajo misionero.



DÓNDE ESTAMOS

En África desarrollamos nuestra labor misionera en Kenia, Uganda, Tanzania, Etiopía, Mozambique, Sudáfrica, Congo, Costa de Marfil y Liberia. En América Latina estamos en Brasil, Colombia, Ecuador, Argentina, Venezuela y México. En Asia trabajamos en Corea, Mongolia. En Europa, estamos España, Inglaterra, Italia, Portugal y Polonia, y en Norteamérica en Canadá y Estados Unidos, donde estamos al servicio de la Iglesia local para que crezca en su sensibilidad misionera a la vez que trabajamos entre los inmigrantes y en otras realidades misioneras.

mundo a enfrentarse a las grandes farmacéuticas era una jugada audaz y sin precedentes. Y, sin embargo, tenía una lógica innegable. El gobierno no podía permitirse pagar por este fármaco a todas las mujeres que lo necesitaban al precio que quería Roche. Y si Love podía persuadir al gobierno a que aceptara su plan promulgando una licencia obligatoria para el T-DM1, sentaría un importante precedente; un precedente que podría cambiar para siempre la relación íntima entre los países ricos y las grandes farmacéuticas.

Una historia de injusticias

Jamie Love nunca ha trabajado para el sistema de salud. Su cruzada por el acceso a los medicamentos empezó al entender bien pronto que la búsqueda de beneficios de las grandes empresas estaba perjudicando a la gente pobre. Tras graduarse en el instituto, Love abandonó su ciudad natal —Bellevue, frente a Seattle, al otro lado del lago— y se fue a Alaska a trabajar en las lonjas. Cuando consiguió su primer trabajo,

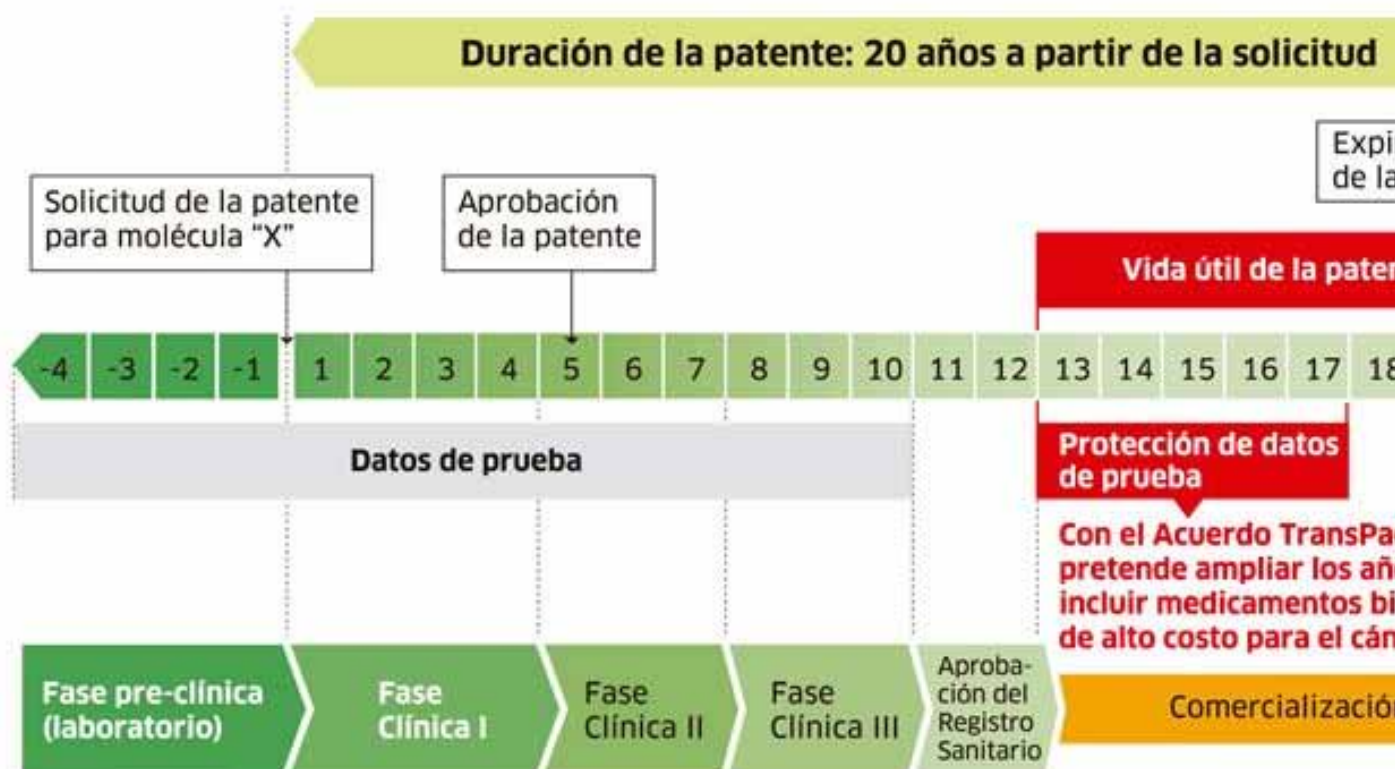
en una fábrica de conservas, se alojó con un grupo de filipinos. Un mes después le trasladaron al barracón de los trabajadores blancos. “Tenía un alojamiento mucho mejor, un aumento de sueldo, más privilegios y cosas así, y me metieron en un sindicato distinto. Pero llegué a congeniar con los filipinos y me sorprendió la injusticia de todo aquello”, comenta.

Dos años después estaba cobrando el subsidio de desempleo y se puso a buscar trabajo en Anchorage. Allí empezó a percatarse de las vidas destruidas que le rodeaban. “Eran fugados de casa, drogadictos. Estaban fuera del sistema. Así que al final me metí en un proyecto de los servicios sociales. Montamos un consultorio de salud gratuito y luego una clínica dental gratuita, una asesoría legal y otras cosas”.

La gente llegaba a la clínica con síntomas posiblemente cancerosos y decían que no podían encontrar un médico que les examinara porque no tenían seguro y dependían de Medicaid, el sistema de asistencia sanitaria para los pobres financiado



Patentes y datos de prueba de los medicamentos



- Los datos de prueba se protegen por 5 años desde la aprobación del Registro Sanitario.
- Las patentes y la protección de los datos de prueba son derechos complementarios.
- Los derechos de protección por Patentes y Datos de prueba no se suman.





por el estado. Love y sus amigos llamaban a todos los médicos que encontraban y les preguntaban si podían admitir a pacientes de Medicaid; luego publicaban listas de nombres en los periódicos locales, deshonrando a los que se negaban. La prensa siguió esta historia con titulares del tipo: “Médicos que le dicen a los pacientes: muéranse”.

Love descubrió que no estaba hecho para el trabajo social. A nivel personal, le costaba sobrellevar las tragedias personales que le rodeaban. Así que se propuso hacerle frente a la pobreza y la injusticia social cambiando el sistema subyacente. A finales del verano de 1974, montó el Alaska Public Interest Group e hizo campaña para que las empresas petroleras entregaran parte de sus beneficios a la comunidad local.

Al crecer su trabajo de campaña, Love, que solo tenía educación secundaria, creyó que necesitaba una enseñanza más formal y algunas credenciales académicas. Con la ayuda de una recomendación del gobernador de Alaska, entre otras, consiguió saltarse la enseñanza de grado universitario y fue admitido en un programa de posgrado sobre administración pública en la John F. Kennedy School of Government de Harvard. Luego se matriculó en un programa de doctorado de Princeton.

Love conoció a su primera esposa, una artista, en Alaska, con quien tuvo un hijo. Cuando se separaron, Love se vio viviendo solo en Princeton con un niño de cuatro años. Una de sus vecinas de la residencia para estudiantes con familia era una joven francesa, separada de su marido, que también tenía un hijo de cuatro años. Era hija de una artista francesa y un periodista estadounidense. Su nombre era Mannon. “Como la ópera”, bromea Love. “Nuestros hijos jugaban juntos, así que ella era mi canguro y yo era su canguro”, recuerda Love. “Si ella tenía una cita con alguien, yo cuidaba de su hijo. Si yo quedaba con alguien, ella me prestaba su coche. En cierto momento la llevé al circo y me quedé colado por ella”.

En 1990, Love empezó a trabajar en el Center for Study of Responsive Law, una organización sin ánimo de lucro en defensa de los derechos del consumidor, financiada por Ralph Na-

der. Love puso el foco en los derechos de propiedad intelectual. En 1995 fundó el Consumer Project on Technology, que ahora se llama Knowledge Ecology International. Trabajó en la investigación sobre la posición monopolística de Microsoft en el mercado de los navegadores web. “Era el único de la oficina con un perfil muy tecnológico, así que lideré la tarea de vencer a Microsoft durante más o menos un año”, afirma Love. “Que es la razón por la que tengo esta mala y profunda relación con Bill Gates”, señala. Años después se enfrentarían por el asunto del acceso a las medicinas: Gates, que ha invertido millones en investigación sobre vacunas, defiende con vehemencia a las patentes como un incentivo para que las compañías farmacéuticas inventen medicinas nuevas y mejores.

Desde 1991, Love había estado trabajado intermitentemente en el asunto de qué es un precio razonable para las medicinas. Pero el momento que determinaría el futuro de su carrera llegaría en la primavera de 1994, cuando recibió una invitación de Fabiana Jorge, miembro de un grupo de presión de la industria de medicinas genéricas de Argentina. Argentina, al igual que India y Tailandia, tenía una sólida industria farmacéutica de genéricos que fabricaba versiones baratas de las medicinas inventadas en Norteamérica o Europa. Pero el gobierno argentino estaba recibiendo muchas presiones para que hiciera valer las patentes internacionales sobre las medicinas. El gobierno estadounidense, que tenía muy buenas relaciones con las grandes farmacéuticas, quería que los argentinos implementaran el ADPIC, el tratado sobre los derechos de propiedad intelectual, y evitar así que se pudieran fabricar copias genéricas de los medicamentos.

Jorge estaba reuniendo a toda la gente posible que hubiera sido crítica con las grandes farmacéuticas, incluyendo a un asesor de Bill Clinton de la Casa Blanca, para dar una charla en una conferencia en el mes de mayo, organizada por la industria farmacéutica latinoamericana en San Carlos Bariloche, en los nevados Andes. Love aceptó la invitación y, en cuanto él y su equipo llegaron a Buenos Aires, fueron directamente a la embajada estadounidense para exigir una explica-

ción sobre la posición adoptaba por EEUU. Le dijeron que la administración de Clinton estaba presionando a Carlos Menem, el presidente argentino, para promulgar una orden ejecutiva que ratificara las patentes sobre medicamentos.

Mientras Love escuchaba la explicación del funcionario de la embajada, su enfado empezó a crecer. Así recuerda su estallido: “¿Y están ustedes dispuestos a que el presidente de Argentina se convierta en un dictador, a que se salte todas las garantías de un sistema democrático? ¿A eso nos dedicamos en Estados Unidos? ¿A que esta gente pobre pague precios altos por las medicinas? ¿Eso es América, no?” Es como... ¡tienes que estar de broma! ¡No tenía ni idea! Fue en plan... ¡guau!”

Los siguientes 20 años los dedicaría a luchar por el acceso de los pobres a los medicamentos.

El negocio de los laboratorios

Las grandes farmacéuticas tienen una justificación sencilla para cobrar precios elevados por los medicamentos: cuesta mucho dinero inventar una medicina y llevarla al mercado, así que los precios tienen que ser elevados o las empresas no podrán permitirse darle continuidad a la investigación y el desarrollo (I+D). Los datos que suelen citar las compañías farmacéuticas son del Tufts Center for the Study of Drug Development de Boston, Massachusetts, que se describe como institución académica independiente, a pesar del hecho de que recibe el 40% de su financiación de la industria. En 2000 calculó que el coste de llevar un fármaco al mercado es de 1.000 millones de dólares. En 2014, la cifra había subido a 2.600 millones.

Pero Love y otros activistas cuestionan estos números. Muchos fármacos comienzan su andadura como un destello en los ojos de un investigador de universidad: alguien en el mundo académico tiene una idea brillante y la aplica en el laboratorio. Gran parte de la investigación médica se financia con subvenciones de entidades públicas, como el National Institutes of Health estadounidense o el Medical Research Council británico. Cuando la investigación básica da resultados prometedores,

el compuesto se vende, a menudo a una pequeña empresa biotecnológica.

Las grandes farmacéuticas tienen sus propios equipos de investigación de laboratorio pero, con los años, las más grandes han empezado a obtener fármacos nuevos comprando empresas biotecnológicas pequeñas que tienen compuestos prometedores en sus libros. Los activistas afirman que la I+D que se hace en las empresas prósperas más grandes —y el coste— es mucho menor de lo que declaran.

Un comité de gasto del Senado realizó una investigación de 18 meses sobre el coste del nuevo fármaco contra la hepatitis C de Gilead, el Sovaldi. En diciembre de 2015, descubrió que el precio, establecido en 1.000 dólares por pastilla, no reflejaba el coste real de la I+D. Gilead estaba en posición de recuperar mucho más que los 11.000 millones que pagó por absorber a la pequeña empresa biotecnológica Pharmasset, que había desarrollado el Sovaldi y otro tratamiento de continuación, el Harvoni. “El plan de Gilead siempre fue maximizar los ingresos y la viabilidad; la accesibilidad solo fue una idea secundaria”, declaró el senador Ron Wyden en la rueda de prensa que anunciaba estos descubrimientos. En los casos en los que una empresa inventa y desarrolla un fármaco en su totalidad, hay otros factores que elevan el precio. Se incluye también el coste de desarrollar muchos otros fármacos que pasaron por los ensayos clínicos y no funcionaron; más controvertido es añadir también la publicidad y el marketing.

En 1994, Love trataba de averiguar cómo cuestionar estos factores de coste, mientras Ellen t’Hoen, de Health Action International, en los Países Bajos, organizaba una reunión para averiguar cuáles serían las consecuencias del acuerdo ADPIC. Love le envió un correo electrónico preguntándole si podía asistir y ella le inscribió como ponente. Desde entonces han sido íntimos colaboradores en las campañas de accesibilidad.

“Dejó a todo el mundo pasmado”, cuenta t’Hoen. “Fue una de esas presentaciones visionarias de Jamie, en las que relaciona las patentes con temas de financiación [alternativa] para la I+D. Siempre lleva la





delantera. Siempre está pensando en cosas que la mayoría de la gente ni siquiera comprende”.

En los años siguientes, Love se hizo famoso por su formidable conocimiento de las leyes de propiedad intelectual. Sus artículos y entradas de blog en internet se leían por todo el mundo. En 1998, Bernard Pécoul, de Médecins Sans Frontières, contactó con él. Love no sabía qué era MSF, pero Röss sí. Están muy bien, le dijo ella; por supuesto que tenía que hablar con ellos.

Se estaba empezando a formar una poderosa alianza contra las grandes farmacéuticas. A finales de 1998 había millones de personas con VIH/sida en Sudáfrica. Allí moría más gente de sida que en ningún otro país. Y sin embargo, en esa época tan crítica, unas 40 empresas farmacéuticas, incluyendo la británica GlaxoSmithKline, emprendieron acciones legales en Pretoria para evitar que el gobierno sudafricano comprara medicinas más baratas en el extranjero. Durante tres años, contrataron a casi todos los abogados de patentes de Sudáfrica y se gastaron millones en preparar el caso que le negaría tratamiento a los po-

bres en favor del beneficio económico. Finalmente, en respuesta a las protestas internacionales, las compañías farmacéuticas abandonaron el caso, no sin haber causado antes un daño duradero a su imagen pública. Activistas contra el sida de EEUU y Europa acusaron a estas empresas de tener las manos manchadas de sangre. En esta atmósfera turbulenta, Love tenía claro que si los activistas querían medicinas asequibles de todo tipo para los pobres, debían centrar sus energías en los fármacos para el sida; la opinión pública estaba de su parte y había millones de vidas en juego. “Yo había estado siguiendo el tema del sida pero solo desde la periferia, sin implicarme mucho”, recuerda Love. “Tenía la sensación de que, madre mía, realmente iba a poder hacer algo al respecto”.

Los ensayos habían demostrado que ese cóctel tan caro de tres fármacos antiretrovirales no solo podía mantener con vida a la gente con VIH, sino también mantenerlos lo bastante sanos como para poder vivir y trabajar con normalidad. El precio, de unos 15.000 dólares al año por paciente, estaba fuera de toda consideración en el África subsahariana.



Love pensaba que la forma de abaratar el precio era mediante la licencia obligatoria. Los titulares de las patentes recibirían una indemnización, pero no los enormes beneficios que esperaban obtener. Al principio, su idea halló mucha resistencia. “Se consideraba que la licencia obligatoria era un mecanismo que nunca se debía utilizar”, dice t’Hoen. Podría ser ilegal y con toda seguridad enfurecería a las grandes farmacéuticas, que la combatiría con abogados. A Love no le importaba. Tenía toda la intención de enfrentarse a las grandes farmacéuticas.

En marzo de 1999, el Consumer Project on Technology de Love fue coanfitrión de un congreso de unas 60 ONG relacionadas con la salud pública y el consumo en el Palais des Nations de Ginebra. El congreso trataba sobre el licenciamiento obligatorio como medio para obtener fármacos para la gente que los necesita y no se los puede permitir. Había pasión y entusiasmo en lo que más tarde la compañía farmacéutica Merck tacharía de “campo de entrenamiento” para destruir las patentes. Había representantes de la oficina de patentes y marcas de EE. UU. y también de las empre-

“Los ensayos habían demostrado que ese cóctel tan caro de tres fármacos antiretrovirales no solo podía mantener con vida a la gente con VIH, sino también mantenerlos lo bastante sanos como para poder vivir y trabajar con normalidad. El precio, de unos 15.000 dólares al año por paciente, estaba fuera de toda consideración en el África subsahariana”



sas farmacéuticas, gente de la Comisión Europea, de la OMS y activistas contra el sida; todo el que podía verse afectado por el tema quería enterarse de si el congreso fructificaba.

Con las reivindicaciones bien pulidas y dirigidas, los activistas consiguieron una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, la conferencia anual en la que están representados todos los gobiernos y de la que emana normativa. A efectos prácticos, la AMS no solo apoyaba el acceso a los medicamentos, sino también expresamente el licenciamiento obligatorio. Love hizo que la resolución fuera lo

más clara y pragmática posible, afirma. “De lo contrario, será otra de esas resoluciones roñosas de la AMS que tal como llega se va y nadie le presta mucha atención”.

A veces, él y t’Hoen se frustraban con el nivel de incomprensión que recibía su trabajo sobre los tratados de comercio y los precios de los fármacos. “Una vez me miró y me dijo: ‘Ellen, afrontémoslo, somos nerds de este tema’. Pero eso es parte de su fortaleza. No abandona. Su organización es relativamente pequeña. Si la comparas con una organización como MSF, no es nada. Son un par de personas.

Y, sin embargo, la de cosas que han conseguido...”.

Cuando Yusuf Hamied se reunió con Love y con el resto del grupo en agosto de 2000, Hamied dijo que ya estaba fabricando los fármacos necesarios para tratar a la gente con VIH. Estaba preparado para comercializarlos a bajo coste, pero necesitaba garantizarse un mercado. En 1991 ya había fabricado una versión barata del AZT, el primer fármaco contra el sida. Pero tuvo que tirar a la basura 200.000 bolsas del producto, porque el gobierno indio no tenía dinero para comprarlas, ni siquiera al precio ■

dos dólares diarios. Accedería a fabricar un fármaco de bajo coste para tratar el VIH si sus invitados le ayudaban a promocionarlo. El mes siguiente, en una reunión de la Comisión Europea, Hamied se ofreció públicamente a fabricar este cóctel de tres fármacos contra el sida por 800 dólares al año. También anunció que su empresa, Cipla, ayudaría a otros países a fabricar sus propios fármacos contra el sida y regalaría el fármaco nevirapina, que evita que las madres transmitan el VIH a los recién nacidos. Haddad lo describió como un momento en que se podía oír el aliento de la gente abandonando la sala.

Hamied esperó a que su teléfono empezara a sonar, pero las llamadas que esperaba recibir de los gobiernos golpeados por el VIH o de organizaciones donantes para comprar el Triomune nunca se produjeron. “Y un día soleado, el 6 de febrero de 2001”, recuerda Hamied, “yo estaba totalmente desanimado porque no sucedía nada y Jamie me llamó desde Estados Unidos y me dijo que había estado pensando en lo que debíamos hacer. ¿Es posible que reduzcas

el precio de los fármacos a menos de 1 dólar al día? Esa fue la idea de Jamie”.

Hamied accedió a ofrecer el cóctel a MSF en África por un dólar al día. Con este precedente, los fármacos contra el sida serían asequibles para los países en vías de desarrollo o para los donantes que quisieran ayudarles.

Love había ganado, pero se granjeó enemigos en las empresas que luchaban por defender sus derechos de propiedad intelectual. Descubrió que habían contratado a detectives privados para espiarle. “Un día vino un tipo a tocar a nuestra puerta. Abrimos y dijo: ‘No me conoce. Yo usted sí. Durante los últimos dos años, mi trabajo ha sido seguir todo lo que hace usted a diario’”, recuerda Love. Al hombre lo acababa de despedir el PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) y quería hacer saber a Love que lo estaban observando.

La organización de Love tenía dificultades financieras. Al pasar a tratar asuntos globales, la organización de Nader, que se centra en EEUU, dejó de financiarles. Otras





fundaciones filantrópicas de EEUU se desvincularon de las labores sobre propiedad intelectual (Love cree que por presiones de las compañías farmacéuticas y otras corporaciones que habían sido el blanco de sus campañas). Se hicieron más pequeños, redujeron plantilla y empezaron a alojarse en hoteles baratos, pero no se detuvieron.

También copyright

Al final, Manon Ress dejó su trabajo de docencia y se unió a Love en Washington DC. Tuvieron dos hijos, un niño y una niña, además de los dos que ya tenían de relaciones anteriores. Love pasaba mucho tiempo fuera, viajando alrededor del mundo para dar charlas y presionar a los gobiernos. Esto creó problemas en el matrimonio. Tras una temporada de baches, Ress empezó a trabajar con Love en Knowledge Ecology International, haciendo campaña sobre

temas de copyright. (Fue Ress quien decidió en 2008 que debían ayudar a la World Blind Union, que luchaba contra las restricciones de copyright sobre los libros, impidiendo su adaptación al braille y a versiones de audio a precios razonables.

Ella y Love escribieron el borrador de un tratado que permitiría exenciones al copyright normal de los libros en beneficio de los invidentes, las personas con problemas de visión o con incapacidad de lectura. Les costó cinco años de duro trabajo conseguir que se aprobara).

Tras el diagnóstico de cáncer de Ress, el precio de los medicamentos se hizo algo muy personal para ambos. Love empezó a preguntar a empresas de genéricos si podían fabricar una versión del Kadcyla, o T-DM1. Visitó una empresa argentina que también fabrica en España. Los fármacos biológicos como el T-DM1

están compuestos por biomoléculas como los azúcares o las proteínas, y son complicados de fabricar. Para fabricar un biosimilar —una copia de un fármaco biológico—, es necesario investigar y probar antes.

El gigante farmacéutico suizo Roche lanzó el Kadcyla en el mercado británico en febrero de 2014, al precio de 90.000 libras, el coste medio del tratamiento para un paciente durante 14 meses. Los ensayos habían demostrado que el fármaco extiende la vida de las mujeres con cáncer de mama incurable en al menos seis meses. Pero en abril de 2014, el National Institute for Health and Care Excellence (Nice), que decide qué fármacos tienen una relación coste-rendimiento suficiente para su uso en el NHS (el servicio nacional de salud del Reino Unido), lo descartó. El Cancer Drugs Fund, instaurado por el gobierno en 2010 para proporcionar

financiación en los casos en los que el coste de los fármacos para alargar la vida se considera inasumible, cubrió los gastos de estos tratamientos hasta abril de 2015, cuando la NHS England, que gestiona este fondo, declaró que iba a retirar el Kadcylla de la lista.

En ese momento, Love vio la oportunidad de ofrecer este fármaco a precios bajos en un país rico y sentar un precedente para el acceso a medicinas baratas en el resto del mundo.

Love y Ress contactaron con organizaciones benéficas contra el cáncer de mama del Reino Unido y hablaron con expertos de los servicios de salud. El 23 de junio, viajaron en avión, tren y taxi hasta Oxford para hablar de su plan con la Dra. Mohga Kamal-Yanni, de Oxfam, una vieja compañera de las campañas por el acceso a los medicamentos en los países en vías de desarrollo.

Ress entró rápidamente en la pequeña sala de reuniones de la sede central de Oxfam, en el parque empresarial de Cowley. Era pequeña y chic, se encogía de hombros a la francesa y tenía tendencia a gesticular. Llevaba una camisa rosa suelta sobre vaqueros azules, con zapatos rosas y bolso. Era rápida y graciosa y dominaba frecuentemente la conversación. Kamal-Yanni sugirió hospitalariamente que quizás les apetecía dar una vuelta por Oxford en autobús después de la reunión, y luego una comida casera en su casa. “¿Le ves cara de turista?”, preguntó Manon entre risas, señalando a Love, que sonreía tímidamente.

Durante varias horas, la pareja le explicó la propuesta en detalle a Kamal-Yanni. Ella hacía muchas preguntas, entre otras sobre un detalle importante: cómo obtener el apoyo popular en un país donde, a diferencia de EEUU, nadie sabe cuánto cuestan las medicinas. En el Reino Unido, nadie culpa a las farmacéti-

cas por los precios elevados, le dijo a Love.

Pero Love estaba decidido. El 1 de octubre, hizo su jugada. El ministro de Sanidad, Jeremy Hunt, recibió una carta de la Coalition for Affordable T-DM1, un grupo organizado por Love y Ress que incluía a médicos, pacientes y activistas de EE. UU., Europa y el Reino Unido. Le proponían a Hunt que invalidara la patente sobre el Kadcylla y permitir así fabricar o importar una copia barata. La cláusula sobre el “uso por parte de la Corona” de la Ley de Patentes de 1977 permitiría al gobierno ignorar la patente de Roche y emitir una licencia obligatoria, siempre que se le ofrezca a la empresa una “compensación razonable”. Love había encontrado un resquicio legal e invitaba al gobierno británico a aprovecharlo.

Chris Redd, del Peninsula College of Medicine and Dentistry de Plymouth, uno de los firmantes, creía que esta propuesta permitiría al público británico pedir cuentas al gobierno. “Ahora mismo hay 1500 ciudadanas del Reino Unido viviendo con cáncer de mama que podrían seguir con vida gracias a este medicamento. Todas las soluciones están en ese documento. Lo único que queda por ver es si a nuestro gobierno le interesa más proteger a sus ciudadanos que a los accionistas de una empresa farmacéutica multinacional”, sentencia.

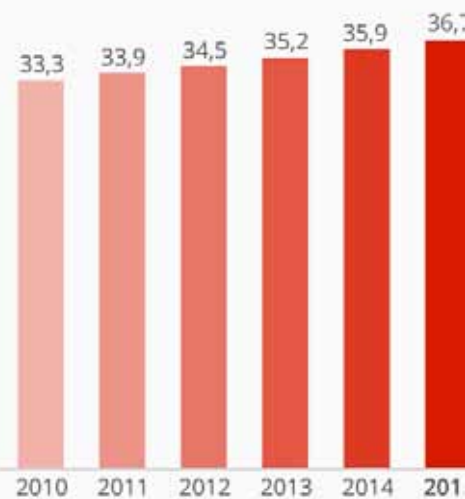
Love no era tan ingenuo para creer que el gobierno le abriría los brazos. Era una idea difícil para un gobierno conservador que respalda a las compañías farmacéuticas y al libre mercado, pero también estaba acorralado, incapaz de asumir el elevado precio de los nuevos fármacos que estaban reclamando los grupos de pacientes y que podían alargar su vida. Audazmente, le propuso al gobierno británico que invirtiera en la investigación, lo que le otorgaría una participación financiera en el



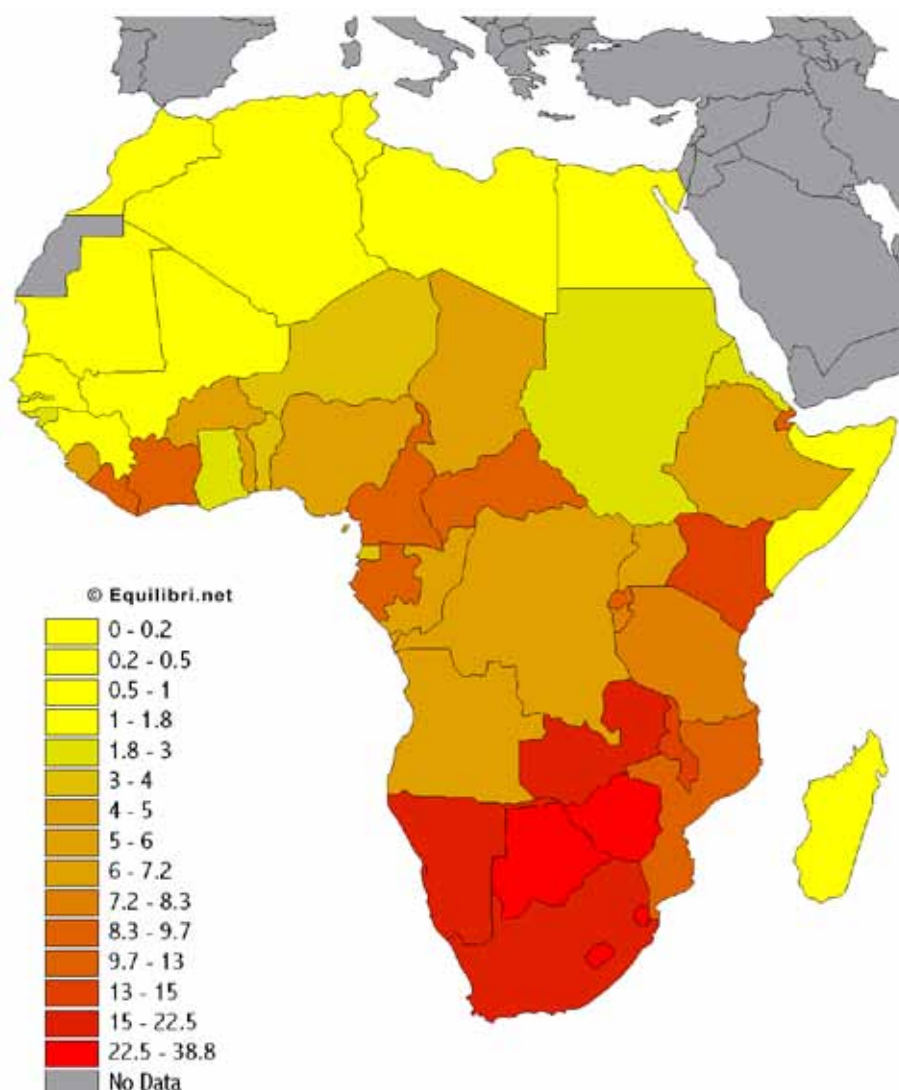
La epidemia del VIH conti

Evolución de los casos globales de VIH y

Total de casos en el mundo en mill.

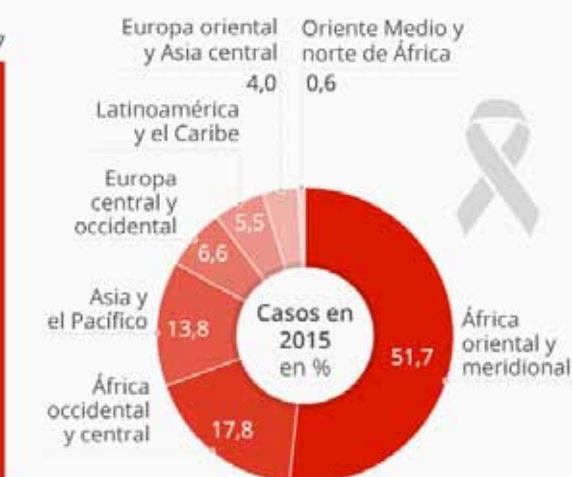


PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA CON VIH



núa aumentando

porcentaje de casos por regiones en 2015*



fármaco y le aseguraría obtenerlo a precio de coste. Además, después el Reino Unido podría vendérselo a otros países y obtener beneficios.

El 4 de noviembre, el NHS England anunció que el Kadcyla seguiría estando en la lista del Cancer Drugs Fund, tras conseguir que Roche accediera a rebajar los precios después de intensas negociaciones (aunque rehusó decir en qué cantidad). Sin embargo, días después, el Nice anunció su decisión final sobre el fármaco. Seguía siendo demasiado caro para uso general en el NHS. El Nice tiene un límite de hasta 30.000 libras por paciente para un año con buena calidad de vida, o de 50.000 libras para fármacos terminales. El Kadcyla seguía superando ese techo. Por lo tanto, aunque el fondo seguiría financiándolo para pacientes de Inglaterra, los pacien-

tes de otros lugares del Reino Unido se quedarían fuera. Y, de todas maneras, el futuro del Cancer Drugs Fund es incierto.

El gobierno británico sigue sopesando la propuesta de Love. Él no se detiene: viaja frecuentemente a Rumanía para instar a su gobierno a que adopte licencias obligatorias sobre los nuevos fármacos para la hepatitis C; que, con un millón de personas infectadas, podría arruinar a su sistema de salud. Ress va con él a Ginebra o Argentina, cuando hace falta que esté —y cuando puede—, entre sus tres visitas semanales al hospital. Mientras tanto, saca a pasear a su perro. “Creo que mi oncólogo no sabe que los perros pueden vivir hasta siete u ocho años”, observa con ironía. “Pero seguiré aquí para ver nacer a otro nieto; y otra resolución de la Asamblea



LAS PATENTES SE TORNAN EN UN OBSTÁCULO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD Y PARA EL ACCESO A MEDICAMENTOS POR PARTE DE SUS POTENCIALES BENEFICIARIOS: LOS PACIENTES