

La mercantilización del derecho a la salud: patentes farmacéuticas

Lourdes Collado Rodríguez*

Resumen

A pesar de los grandes avances de la medicina del siglo xx, la salud y la calidad de vida de millones de personas que viven en países en desarrollo siguen situándose por debajo de límites aceptables. En el sistema capitalista en el que estamos inmersos, el derecho a la salud se ha convertido en un bien privado al que únicamente tienen acceso aquellos que se lo pueden costear.

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) refuerza la idea de que los derechos de las grandes transnacionales son más importantes que los derechos de las personas. El monopolio sobre la producción y los precios tiene un impacto dramático en el acceso a medicamentos; especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de la población carece de seguro médico.

Palabras clave: ADPIC, Derecho, Farmacéutica, Genérico, Medicamento, Patente, Salud, TRIPS (siglas en inglés de ADPIC).

Abstract

In spite of the great developments in medicine in the 20th century, the healthcare and the quality of life of millions of people living in developing countries are still under the acceptable limits. The capitalist system we are immersed in, the right to healthcare has become a private good only accessible to those that can afford it.

The Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs) strengthens the idea that the rights of great transnational companies are more important than people's rights. The monopoly over production and prices has an exaggerated impact over the access to medicines; especially in developing countries, where the majority of the population lacks medical insurance.

Key words: TRIPs, Right, Pharmaceuticals, Generic, Patent, Health.

* Investigación de Magíster en Cooperación Internacional (IUDC, Universidad Complutense de Madrid 2007-08).

1. La salud como derecho humanos

En 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud reconoció por primera vez el derecho a la salud como un derecho humano¹. Desde entonces, el reconocimiento jurídico del derecho a la salud ha sido reafirmado en numerosos instrumentos internacionales, regionales y nacionales.

Tras la Segunda Guerra Mundial, se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en la que se afirma que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios»².

Sin embargo, la guerra fría dividió a los derechos humanos en dos categorías. El bloque liderado por Estados Unidos priorizaba los derechos civiles y políticos mientras que el bloque liderado por la Unión Soviética daba mayor importancia a la alimentación, la salud y la educación. Así en 1966 se creó por un lado el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y por otro el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

La declaración de Viena de 1993 no hace distinciones entre generaciones de derechos. De hecho, afirma que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y que están relacionados entre sí. Además, establece que la comunidad internacional debe tratar a los derechos humanos de manera global concediendo a todos el mismo peso³.

En el presente ensayo, entendemos los derechos humanos como universales, indivisibles e interdependientes pero además, como afirma Rubio Llorente, como una lista abierta al progreso humano. Para Llorente el número y contenido de los derechos

humanos «va aumentando y ensanchándose con el progreso moral y político de la humanidad⁴» criterio al que según De Currea-Lugo «se podría anexas el de progreso técnico y científico»⁵.

La declaración de Viena señala además a los Estados como los responsables de promover y proteger los derechos humanos⁶. Mientras que el Artículo 12 del PIDESC reconoce el derecho de toda persona, «al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» y enumera diversas medidas que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho⁷. Por tanto, los Estados tienen la responsabilidad de garantizar el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental.

El derecho a la salud no significa el derecho a gozar de buena salud⁸, sino tener disponibilidad y accesibilidad (física y económica) sin que exista discriminación, a recursos de calidad, respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados que permitan garantizar el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental⁹. Para ello los Estados, como responsables de garantizar el cumplimiento del derecho, deben establecer políticas destinadas a que la población tenga acceso a estos recursos en el plazo de tiempo más breve posible.

Cuando hablamos de recursos nos referimos a un sistema de protección de la salud que incluya el acceso a atención médica y medicamentos pero también a otros factores determinantes de la salud como son el acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva¹⁰.

¹ «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS, 1946).

² *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948), Artículo 25.

³ *Declaración y Programa de Acción de Viena* (ONU, 1993).

⁴ Rubio Llorente, Francisco: «El núcleo duro de los derechos humanos desde la perspectiva del derecho constitucional», citado en: De Currea-Lugo, Víctor, *La salud como derecho humano*. Universidad de Deusto, Bilbao, 2005, p. 20.

⁵ De Currea-Lugo, Víctor, *La salud como derecho humano*. Universidad de Deusto, Bilbao, 2005, p. 20.

⁶ *Declaración y Programa de Acción de Viena* (ONU, 1993).

⁷ *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1996), Artículo 12.

⁸ En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades». *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS 1946).

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000, E/C. 12/2000/4, CESCR Observación General 14, (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

¹⁰ *Ibid.*

Los Estados son responsables tanto de sus acciones como de sus omisiones relacionadas con la salud pública y los derechos humanos; así como de regular la acción de terceros. No hablamos aquí de una responsabilidad ética o moral sino de una responsabilidad legal. Un gran número de Estados han firmado al menos una declaración que incluye el derecho a la salud, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño, o la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

Además, muchos de ellos han incluido el derecho a la salud en sus constituciones nacionales y han ratificado instrumentos regionales de derechos humanos que reconocen la salud como derecho, como son la Carta Social Europea de 1961, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 supuso un punto de inflexión en la historia de la salud pública al proponer como objetivo que todos los pueblos del mundo alcanzasen en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva¹¹. Los 134 países que asistieron a la Conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF firmaron la Declaración de Alma-Ata en la que se reconoce que la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental¹².

Alma-Ata señaló la necesidad de una asistencia sanitaria integral a través de la atención primaria de la salud como elemento clave para alcanzar el objetivo de salud para todos. La OMS recibió críticas de expertos en salud, donantes y empresas con intereses económicos en el sector sanitario. Por una parte se llegó a afirmar que la atención primaria de la salud era de-

masiado costosa y compleja; mientras que por otra se señalaba como insuficiente para alcanzar el objetivo de salud para todos. La primera concesión fue la propuesta del concepto de la atención primaria de la salud selectiva (APSS), que reducía el carácter integral de Alma-Ata a intervenciones selectivas orientadas a combatir enfermedades concretas; estableciendo las prioridades en función de la relación coste-eficacia.

Durante el siglo xx se consiguieron grandes avances en el campo de la salud. La esperanza de vida al nacer se incrementó en veinticinco años y se consiguió controlar e incluso erradicar algunas de las principales enfermedades infecciosas, como la viruela. Sin embargo, a pesar de estos avances, la salud y la calidad de vida de millones de personas que viven en países en desarrollo siguen situándose por debajo de límites aceptables y estamos muy lejos de alcanzar el objetivo de salud para todos de la Declaración de Alma-Ata.

Por primera vez en la historia reciente, en 2006 se consiguió que la cifra total de mortalidad anual en niños y niñas menores de cinco años fuese inferior a 10 millones¹³. De hecho entre 1960 y 2006 la tasa de mortalidad infantil disminuyó un 60%¹⁴. Sin embargo, en 2007 perdieron la vida 9,2 millones de menores de cinco años. El 92% por ciento de estas muertes tuvieron lugar en África y Asia y más del 50% en el continente africano¹⁵. Unas cifras que siguen siendo inaceptables, especialmente cuando más de 200 millones de niños menores de cinco años no tienen acceso a sanidad básica cuando la necesitan¹⁶.

Dos millones de niños y niñas menores de cinco años mueren de neumonía al año¹⁷; mientras que el paludismo provoca un millón de muertes cada año, de las cuales hasta el 80% corresponden a menores de cinco años¹⁸. Existen tratamientos efectivos para la mayor parte de las enfermedades que más muertes causan. Sin embargo, un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos, cifra que alcanza el 50% en algunas partes de Asia y de África¹⁹. Según la OMS, a escala mundial, en África se registran la mitad de las muertes de niños debidas a

¹¹ *Declaration of Alma-Ata* (OMS, 1978).

¹² *Ibid.*

¹³ UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2008: Supervivencia infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, p. iii.

¹⁴ *Ibid.*, p. iii.

¹⁵ UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*, UNICEF, Nueva York, Diciembre, 2008, p. 22.

¹⁶ Save the Children, *Estado mundial de las madres 2008*, Save the Children, Madrid, 2008, p. 5.

¹⁷ UNICEF: *Estado mundial de la infancia 2008*, op. cit., p. 6.

¹⁸ *Ibid.*, p. 13.

¹⁹ DFID (United Kingdom Department for International Development), *Access to Medicine Factsheet*. DFID, January 2006, p. 1. (Consulta: Diciembre 2008). www.dfid.gov.uk/pubs/files/atm-factsheet0106.pdf

enfermedades diarreicas y neumonía, 9 de cada 10 muertes de niños a causa de la malaria y 9 de cada 10 muertes de niños a causa del VIH/SIDA²⁰.

Aproximadamente el 90% de los casos de infección pediátrica del VIH tienen lugar en el África Subsahariana²¹. Una mujer embarazada portadora del VIH que no reciba tratamiento con medicamentos antirretrovirales tiene una probabilidad del 35% de transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia²². La terapia antirretroviral reduce significativamente esta probabilidad. Sin embargo, aunque el acceso de madres portadoras del VIH a terapias antirretrovirales para prevenir la transmisión del virus a sus bebés se ha incrementado de un 9% en 2004 a un 33% en 2007 en países de renta media y baja no es suficiente²³. UNAIDS estima que en 2008, más del 90% de los niños con VIH fueron infectados durante el embarazo, el parto o la lactancia²⁴.

Se podría argumentar que la razón por la que los Estados no cumplen con su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud tiene que ver con una pérdida de poder del Estado dentro de un sistema capitalista en el que el poder de las empresas multinacionales ha reemplazado al poder de los Estados. Sin embargo, no debemos eximir de su responsabilidad a los Gobiernos tan fácilmente. Aunque Estados Unidos y la Unión Europea predicen el liberalismo económico y la no intervención del Estado, en los últimos años se ha incrementado el proteccionismo de sus Gobiernos en los ámbitos económico, político y de seguridad²⁵. Los Estados no han perdido su poder, simplemente lo utilizan para apoyar los intereses del capital y de las grandes empresas transnacionales.

Anne-Christine Hubbard y Marie Guiraud hablan de Estados esquizofrénicos²⁶ que tras haber firmado diferentes decla-

raciones internacionales y regionales vinculantes sobre derechos humanos, comprometiéndose de esta manera a proteger el derecho a la salud; firmaron el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) que impide el cumplimiento del derecho a la salud. Sin embargo, la legislación internacional sobre derechos humanos tiene primacía dentro de la legislación internacional²⁷. Esta primacía se deriva de la Carta de las Naciones Unidas²⁸, firmada en San Francisco el 26 de junio de 1945.

El artículo 1 de la Carta explica los propósitos de las Naciones Unidas entre los que se encuentra el estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión. Mientras que el artículo 55 (c) establece que la Organización promoverá el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos y la efectividad de tales derechos y libertades. Pero además, en virtud del artículo 56, todos los Miembros se comprometen a tomar medidas de forma conjunta o separada, en cooperación con la Organización, para la realización de los propósitos consignados en el Artículo 55. Además, en virtud del artículo 103 de la Carta de las Naciones Unidas, las obligaciones contraídas por los Miembros de Naciones Unidas bajo la Carta tienen primacía y deben prevalecer sobre las obligaciones contraídas en virtud de cualquier otro convenio internacional.

La Carta, sin embargo, no establecía cuáles eran los derechos de todo ser humano, que debían ser respetados por los Estados firmantes. Para ello el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, a través de la Resolución 9 (II) del 21 de mayo de 1946, estableció la Comisión de Derechos Humanos que elabo-

²⁰ OMS, *Estado de la salud en el mundo; nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad*. OMS, Ginebra, 27 Octubre 2008. (Consulta: Enero de 2009). <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/index.html>

²¹ De Cock, Kevin M. et al., «Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice». *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, March 2000, pp. 1175-1182 en UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2008*, op. cit., p. 13.

²² UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2008*, op. cit., p. 13.

²³ UNAIDS, *2008 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS, Ginebra, 2008, p. 124.

²⁴ *Ibid.*, p. 37

²⁵ Navarro, Vincenc, «La lucha de clases a escala mundial» en *25 años de Neoliberalismo*, No. 8, 2007, pp. 71-88.

²⁶ Hubbard, Anne-Christine and Guiraud Marie, *The WTO and human rights*, International Federation for Human Rights, N.º 320/2, November, 2001.

²⁷ Humphey, John, *No distant millennium: the international law of human rights*, Unesco, París, 1989. En Hubbard, Anne-Christine and Guiraud Marie, op. cit.

²⁸ *Carta de las Naciones Unidas* (ONU, 1945).

raría la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sometida a votación y aprobada en París, el 10 de diciembre de 1948. Declaración que reconoce en su artículo 25 el derecho a la salud²⁹. Por tanto, más allá de la responsabilidad ética o moral, los Estados tienen la responsabilidad legal de garantizar el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental por encima de las obligaciones contraídas en virtud de cualquier otro convenio internacional.

Hay que señalar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es un tratado, sino una resolución. Las resoluciones y las declaraciones, a diferencia de los tratados, no están específicamente ratificadas por los Estados, por lo que no imponen obligaciones legales. Sin embargo, cuando una resolución es universalmente aceptada tanto en la teoría como en la práctica se convierte en ley internacional consuetudinaria vinculante. Este es el caso de la Declaración de los Derechos Humanos.

Sin embargo, la comunidad internacional no ha otorgado a los derechos humanos la primacía que les concede la Carta de Naciones Unidas. El reconocimiento, respeto y protección de los derechos humanos por parte de los Estados se basa principalmente en la buena voluntad de éstos, con condenas ocasionales por parte de Naciones Unidas que no cuenta con un mecanismo para hacer cumplir sus recomendaciones. No existe un organismo internacional que obligue a los Estados a cumplir con la legislación internacional sobre derechos humanos como sí ocurre con la legislación internacional referente al comercio.

2. La mercantilización del derecho a la salud

Algunos autores, como Roger Normand, distinguen entre dos ramas del derecho internacional; por un lado el derecho internacional de los derechos humanos y por otro el derecho internacional del comercio, con diferentes y a menudo contradictorios valores, leyes, procedimientos y mecanismos para su cumplimiento³⁰.

²⁹ «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios», *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948), Artículo 25.

³⁰ Normand, Roger, «Separate and unequal: Trade and Human Rights Regimes», Background paper for *Human Development Report 2000*,

El derecho internacional del comercio se deriva de los Acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC). La creación de la OMC se estableció en el Acta Final de la Ronda de Uruguay, firmada en Marrakech en 1994 y que entraría en vigor el 1 de enero de 1995, reemplazando el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio adoptado en 1947.

Tras la Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas en Bretton Woods se crearon el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) con el objetivo de reconstruir Europa tras la II Guerra Mundial y evitar depresiones económicas futuras. Los Acuerdos de Bretton Woods también contemplaban la creación de una Organización Internacional de Comercio que gobernara las relaciones comerciales. Sin embargo la oposición de Estados Unidos a ratificar la Carta de la Habana lo impidió y en su lugar se creó el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio, antecesor de la OMC.

La OMC es distinta del BM y del FMI en cuanto a que no fija reglas sino que proporciona un foro donde tienen lugar las negociaciones de acuerdos comerciales y garantiza que dichos acuerdos se cumplan. Para ello dispone de un órgano de Solución de Diferencias cuyas decisiones son vinculantes; a diferencia de otros organismos internacionales como la OMS o las propias Naciones Unidas. De hecho, el Sistema de Solución de Diferencias de la OMC es considerado como el mecanismo jurisdiccional internacional de mayor efectividad que existe en la actualidad³¹.

El órgano superior de la OMC es la Conferencia Ministerial, que se reúne al menos una vez cada dos años para determinar la dirección estratégica de la organización. Además de la Conferencia Ministerial existen cuatro consejos, el Consejo General, órgano permanente con sede en Ginebra, y tres Consejos sectoriales correspondientes a los tres acuerdos multilaterales de la OMC: el Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles (GATT), el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) y el Acuerdo sobre los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

PNUD, January 2000, p. 2. (Consulta: Enero 2009). <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/papers/normand2000.pdf>

³¹ Pípan, Anita, *Los derechos humanos y la OMC*, Ciudad Argentina, Buenos Aires, 2006, p. 44.

El Acuerdo de Marrakech establece que cada miembro de la OMC tendrá un voto y que las decisiones se tomarán por consenso³². En teoría, esto significa que cada uno de los países miembros puede ejercitar su derecho al veto; aunque en la práctica los países con mayor peso político y económico redactan normas y toman decisiones a puerta cerrada, que después son presentadas al resto de los miembros para que las refrenden. Además, la existencia de una multitud de comités y la complejidad de los procedimientos dificultan la participación de los países en desarrollo en las negociaciones.

El objetivo de la OMC es fomentar la liberalización del comercio. El modelo de economía liberal en el que se basa la legislación internacional tiene su origen en la teoría del utilitarismo clásico, que defiende el máximo bienestar para el máximo número de personas. De hecho, en el preámbulo del Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio se mencionan objetivos tales como elevar los niveles de vida, conseguir el pleno empleo y fomentar un desarrollo sostenible protegiendo y preservando el medio ambiente³³.

Los años 90 fueron el período de mayor auge de las teorías económicas liberales, siendo en gran parte responsable la Escuela de Chicago ya que lograron que el neoliberalismo pareciera la condición natural y normal de la humanidad³⁴. El BM y el FMI comenzaron a aplicar la ideología de libre mercado a los países en desarrollo a través de los préstamos de ajuste estructural (PAEs) concedidos por el BM y supeditados a la aprobación del FMI que impone tres tipos de condicionalidades: privatizaciones, desregulaciones y la reducción de barreras comerciales; condicionalidades que se traducen en recortes sociales.

A través de diversos informes el BM se ha convertido en promotor del papel del mercado en el sector sanitario en los países en desarrollo. En 1987 publicó *Financiación de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo: una agenda para la re-*

*forma*³⁵. Con este informe, el BM pretendía promover el papel del mercado en la financiación de los servicios de atención sanitaria. Mientras que su informe sobre desarrollo de 1993, *Invertir en salud*³⁶, define la lógica de mercado que subyace a la reforma del sector sanitario.

En ambos informes el BM propone a los gobiernos de los países en desarrollo que desempeñen un papel limitado en la financiación y provisión de asistencia sanitaria y que otorguen un papel más amplio al sector privado. Aquellos gobiernos dispuestos a aplicar las políticas sanitarias propuestas por el BM reciben préstamos para financiar cambios estructurales en el sector sanitario.

Sin embargo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona a disfrutar del beneficio del progreso científico y de sus aplicaciones, lo que implica que toda persona tiene el derecho a beneficiarse de avances científicos tales como los medicamentos³⁷. El PIDESC también establece que los Estados tienen la obligación de facilitar los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS³⁸.

En 1977 la OMS publicó por primera vez una Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para hacer frente a las necesidades prioritarias de salud en el mundo. Esta lista es revisada cada dos años y los medicamentos que se incluyen en ella se seleccionan en base a criterios de calidad, seguridad y eficacia pero también en función de la relación coste-eficacia por lo que medicamentos esenciales desde un punto de vista médico quedan fuera de la lista debido a su elevado coste.

A diferencia de los países desarrollados, la mayoría de los países en desarrollo no cuentan con un sistema sanitario que subvencione el coste de los medicamentos. Según la OMS, en 2004 el gasto en productos farmacéuticos se situaba entre el 10 y el

³² Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio (OMC, 1995). Artículo IX (1).

³³ *Ibid.*

³⁴ George, Susan, *Breve Historia Del Neoliberalismo: veinte años de economía de elite y las oportunidades emergentes para un cambio estructural*, Conferencia sobre Soberanía Económica en un Mundo Globalizado, Bangkok, marzo 24-26, 1999. (Consulta: Noviembre 2008). <http://www.ub.es/prometheus21/articulos/nautas/14.pdf>

³⁵ BM, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, World Bank, Washington DC, 1987.

³⁶ BM, *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press, Washington DC, 1993.

³⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1996), Artículo 15.

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, op. cit.

20 por ciento del total de los gastos sanitarios en los países ricos y entre el 20 y el 60 por ciento en los países más pobres³⁹.

El Ministerio de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Reino Unido reconoce que el coste es un problema clave para los consumidores de medicamentos en los países en desarrollo. «En muchos países en desarrollo los medicamentos representan entre el 60 y el 90% del gasto en salud por hogar» convirtiendo el coste de los medicamentos en un determinante clave para que las personas tengan o no acceso. Mejorando el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, podrían salvarse hasta 10,5 millones de vidas al año en todo el mundo⁴⁰.

Los Estados, en tanto que responsables del cumplimiento de los derechos humanos, tiene la obligación de asegurar que tanto los individuos como las entidades privadas, incluyendo a las corporaciones transnacionales que estén bajo su jurisdicción, no priven a otros individuos de sus derechos económicos, sociales y culturales. Los Estados son los responsables de las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales que resulten del incumplimiento de su deber de controlar el comportamiento de estos actores privados⁴¹.

3. El acuerdo ADPIC

La Ronda de Uruguay de las negociaciones del GATT, de la que surgió el Acuerdo ADPIC, se inició en 1986, cuando las empresas titulares de patentes, incluidas las farmacéuticas, presionaron a la Oficina de Representación Comercial de Estados Unidos sobre el impacto de los productos falsificados.

Antes del Acuerdo ADPIC, las patentes se regulaban a escala internacional según el Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial de 1883, revisado en Bruselas (1900), Washington (1911), La Haya (1925), Londres (1934), Lisboa (1958), Estocolmo (1967) y enmendado el 28 de septiembre de 1979.

El Acuerdo ADPIC va más allá del Convenio de París al exigir a los actuales y futuros miembros de la OMC que establez-

can patentes por veinte años tanto para los nuevos productos como para los procesos de fabricación, en todas las áreas comerciales. Así mismo, fija plazos para que los países modifiquen su legislación nacional sobre patentes. Los plazos varían en función del nivel de desarrollo de cada país. Los países desarrollados empezaron a aplicar el Acuerdo ADPIC el 1 de enero de 1995, mientras que la mayoría de los países en desarrollo lo hicieron en el año 2000. A los países menos avanzados se les concedió una ampliación del período de transición hasta el año 2006 que en 2002 fue prorrogada hasta el 1 de enero de 2016.

Durante las negociaciones que condujeron al Acuerdo ADPIC, tanto Estados Unidos como la Comunidad Europea se posicionaron en favor de una mayor protección de la propiedad intelectual que beneficiara a las corporaciones del Norte. Por otra parte, los países en desarrollo intentaron, sin éxito, salvaguardar su capacidad de crear industrias locales; incluidas las industrias farmacéuticas.

Dicha intención fue tachada por Estados Unidos y la Comunidad Europea de «proteccionista» a pesar de que las medidas proteccionistas fueron comunes en los países desarrollados durante sus etapas de industrialización. De hecho, antes del Acuerdo ADPIC, muchos países tenían restricciones sobre las patentes de productos farmacéuticos o carecían de las mismas. En Europa, a las farmacéuticas se les negó la protección de patentes en algunos países hasta las décadas de 1960 y 1970 con el fin de promover el desarrollo de la industria local y controlar el precio de los medicamentos⁴².

El equipo negociador de Estados Unidos incluía a consejeros del lobby de la industria farmacéutica, biotecnológica y química; así como del Comité de Propiedad Intelectual, una coalición de las trece compañías más importantes de Estados Unidos; entre ellas empresas farmacéuticas como Pfizer o Merck. Estos consejeros elaboraron gran parte de las normas sobre patentes y propiedad intelectual que se adoptarían en los tratados comerciales internacionales⁴³.

³⁹ OMS, *The World Medicines Situation*, OMS, 2004, p. 45.

⁴⁰ DFID, *Access to Medicine Factsheet*, *op. cit.*

⁴¹ Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights, Maastricht, January 22-26, 1997, norm 18. (Consulta: Enero 2009). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html

⁴² Fort, Meredith; Merger, Mary Anne y Gish, Oscar, *El negocio de la salud: Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2006, p. 279.

⁴³ Fort, Meredith et al., *op. cit.*, p. 277.

Al prohibir la competencia entre fabricantes de medicamentos genéricos durante veinte años desde la fecha de registro de la patente, las compañías farmacéuticas tienen el monopolio de producción y comercialización de un determinado medicamento o tratamiento, estableciendo precios que eliminan la posibilidad de millones de personas de acceder medicamentos y tratamientos vitales.

En 2001, los miembros de la OMC reconocieron a través de la Declaración Ministerial de Doha el derecho de todos los países a utilizar las salvaguardas establecidas en el Acuerdo ADPIC para promover la salud pública: «Convenimos en que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el Acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos. A este respecto, reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad a este efecto»⁴⁴.

El Acuerdo ADPIC establece una serie de salvaguardas o flexibilidades que los Gobiernos pueden utilizar para proteger la salud pública. De estas salvaguardas, las principales son la importación paralela y la licencia obligatoria

La importación paralela o importación gris consiste en medicamentos patentados que son comercializados en un país e importados en otro sin la aprobación del titular de la patente, aprovechando que las empresas farmacéuticas en ocasiones cobran precios considerablemente más bajos en un país que en otro.

La licencia obligatoria permite a los gobiernos expedir licencias que permitan a una compañía u organismo público fabricar un producto patentado sin la autorización del titular de la patente en determinadas circunstancias como emergencias nacionales o bien para un uso público no comercial. Bajo una licencia

obligatoria, se debe pagar una compensación o «derechos de licencia razonables» al propietario de la patente. La cantidad de los derechos de licencia no está fijada por el Acuerdo ADPIC y no es necesario que el titular de la patente la juzgue razonable o adecuada.

Tras la Declaración de Doha, tanto el gobierno estadounidense como las empresas farmacéuticas han presionado a la OMC para limitar las licencias obligatorias para los países en desarrollo a «emergencias nacionales» estrictamente definidas. También se instó a la OMC a limitar la capacidad de los países miembros para importar genéricos de otros países con capacidad de fabricación bajo licencia obligatoria⁴⁵.

Sin embargo, ante el pánico que se desató en Estados Unidos por un posible ataque de ántrax tras el 11 de septiembre de 2001, el Senador Charles Schumer pidió al Ministerio de Sanidad estadounidense que emitiese una licencia obligatoria para permitir a los fabricantes de genéricos producir Cipro para 10 millones de personas. «No podemos depender únicamente de Bayer para asegurarnos de que tenemos un suministro suficiente de Cipro». Además «comprar Cipro única y exclusivamente a Bayer —que cobra mucho más de lo que cobrarían los fabricantes de genéricos— significa que gastamos mucho más y recibimos mucho menos»⁴⁶.

En los últimos años, las naciones más ricas lideradas por Estados Unidos y la Unión Europea, han puesto un empeño sin precedentes en cerrar tratados bilaterales de libre comercio con los países en desarrollo. Los países desarrollados utilizan estos acuerdos para lograr concesiones que no han logrado obtener en la OMC como liberalizaciones más rápidas o la imposición de reglas más estrictas sobre la propiedad intelectual. En 2006, más de 100 países en desarrollo estaban embarcados en la negociación de alrededor de 67 tratados comerciales bilaterales o regionales, y firmaron más de 60 acuerdos bilaterales de inversión. En la actualidad, más de 250 tratados comerciales regionales y bilaterales reglamentan algo más del 30% del comercio mundial⁴⁷.

⁴⁴ Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública de 14 de noviembre de 2001 (OMC, 2001), Artículo 4.

⁴⁵ Fort, Meredith et al., *op. cit.*, p. 293.

⁴⁶ Weissman, Robert, «The Cipro Rip-Off», *The Multinational Monitor*, Vol. 22, No. 11, 2001. (Consulta: Octubre 2008). <http://multinational-monitor.org/mm2001/01november/nov01front.html>

⁴⁷ Oxfam, *Nuestro futuro por la borda. Cómo socavan el desarrollo los tratados de comercio e inversiones entre países ricos y pobres*, Oxfam, marzo 2007, p. 5.

El Gobierno de Estados Unidos ha defendido con vehemencia los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas en las negociaciones comerciales con países en desarrollo a través de la imposición de las normas ADPIC plus⁴⁸. Estas normas violan los compromisos de Estados Unidos en la Declaración de Doha e impiden que los países en desarrollo utilicen las exenciones para proteger la salud pública.

Estados Unidos ha conseguido imponer las normas ADPIC plus a través de tratados de libre comercio bilaterales y regionales, como concesión obligatoria para la adhesión a la OMC y otras formas de presión unilateral como sanciones comerciales, reducciones de la ayuda exterior, la anulación de las preferencias comerciales y la utilización de programas de asistencia técnica⁴⁹. En general el resto de países han consentido con su silencio la imposición de las normas ADPIC plus. Aunque no hay que olvidar que todas las empresas farmacéuticas que venden medicamentos a un país en desarrollo, incluidas las empresas europeas, se benefician las normas ADPIC plus.

Jordania fue el primer país en introducir normas ADPIC plus en su legislación nacional sobre patentes, como consecuencia del Tratado de Libre Comercio que firmó con Estados Unidos en diciembre de 2001. Las normas ADPIC plus introdujeron en la ley jordana sobre protección de datos la exclusividad de datos, una disposición que crea un nuevo sistema monopólico, distinto de las patentes, que bloquea la comercialización de medicamentos genéricos durante 5 años o más, aún si no existe patente.

Además, la disposición 22 del artículo 4 del Tratado de Libre Comercio de Estados Unidos con Jordania exige a la autoridad sanitaria jordana que conceda tres años adicionales a la exclusi-

vidad de datos cuando una compañía farmacéutica descubre un nuevo uso de un medicamento existente⁵⁰. Respecto a los productos farmacéuticos, la disposición 23 (a) establece una extensión de la duración de la patente para compensar la reducción de la duración de la misma como consecuencia de demoras en el proceso de autorización comercial⁵¹.

Desde la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos en 2001 los precios de los medicamentos en Jordania han aumentado un 20%⁵². A esto se suma el que al menos el 40% de la población jordana carece de cualquier tipo de seguro médico⁵³. Los médicos del Hospital Universitario de Jordania, el principal hospital público del país, afirman que un gran número de jordanos con escasos recursos que han sido admitidos para ser hospitalizados se han negado, en parte por el elevado coste de los medicamentos⁵⁴.

Posteriormente tratados de libre comercio de Estados Unidos con otros países en desarrollo como Marruecos, Bahréin, Oman, Singapur y Chile, van más allá de las normas ADPIC-Plus incluidas en el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Jordania incorporando términos de propiedad intelectual aún más severos⁵⁵.

Por otra parte, la Ley del Comercio de Estados Unidos obliga a la Oficina del Representante comercial de Estados Unidos a realizar un informe anual conocido como el Informe «Especial 301». Dicho informe evalúa si las normas de protección de la propiedad intelectual en otros países son coherentes con el nivel de protección que demanda Estados Unidos. A los países que no alcanzan niveles de protección «deseables» se les envía avisos que incluyen amenazas de sanciones comerciales. Muchas

⁴⁸ Representantes de corporaciones transnacionales estuvieron estrechamente vinculados a los negociadores norteamericanos durante la negociación del Acuerdo de la OMC sobre propiedad intelectual, e incluso aportaron partes de texto del acuerdo. Vander Stichele, Myriam, *Towards a World Transnational's Organisation?*, Transnational Institute, 1998. En VV.AA., *Entre el libre comercio y el comercio justo*, Coordinadora de ONG para el Desarrollo, Madrid, 2000, pp. 21-53.

⁴⁹ Oxfam, *Todo el dolor pero ningún beneficio: Las normas de propiedad intelectual ADPIC plus del TLC de EEUU con Jordania limitan el acceso a las medicinas*, Oxfam, abril 2007, p. 4.

⁵⁰ *Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Jordania* (2001). Artículo 4, disposición 22.

⁵¹ *Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Jordania* (2001). Artículo 4, disposición 23 (a).

⁵² OXFAM: *Todo el dolor... op. cit.*, p. 2.

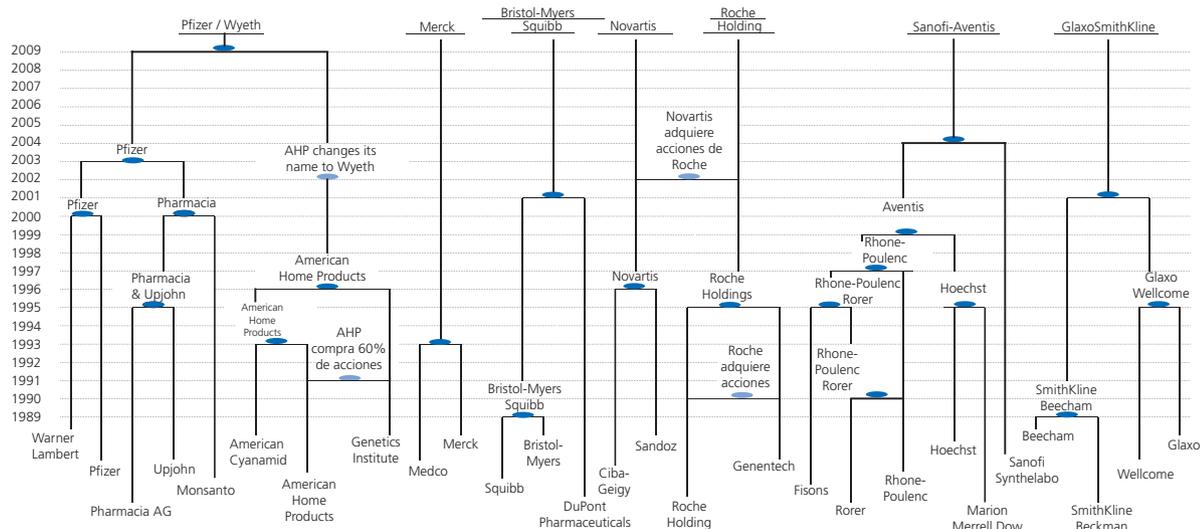
⁵³ El-Said, Hamed and El-Said, Mohammed, «TRIPS-Plus Implications for Access to medicines in Developing Countries: lessons from Jordan–United States Free Trade Agreement», *The Journal of World Intellectual Property*, Vol. 10, No. 6, 2007, pp. 438-475.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 462.

⁵⁵ El-Said, Hamed y El-Said, Mohammed, *op. cit.*, p. 451.

Gráfico 1

Genealogía de la Industria Farmacéutica en Europa y América 1989-Enero 2009



Fuente: Páginas Web de las Compañías farmacéuticas y Nera Economic Consulting, Federal trade commission – Department of justice workshop on merger enforcement non-price competition and innovation. Innovation market analysis after Genzyme-Novazyme. February 18, 2004. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.ftc.gov/bcl/mergerenforce/presentations/040218rapp.pdf>

de las recomendaciones del Informe Especial 301 y del estudio de la Asociación de Investigación y Producción Farmacéutica de Estados Unidos (PhRMA) sobre los marcos legislativos relativos a la propiedad intelectual en otros países «son idénticas o sorprendentemente similares»⁵⁶.

Por último, dado que para convertirse en miembro de la OMC se requiere el consenso de todos los miembros, el Gobierno de Estados Unidos ha utilizado el proceso de adhesión a la OMC para forzar a los países candidatos a renunciar a las salvaguardas que establece la Declaración de Doha. El Gobierno de Camboya se vio obligado a renunciar al período de transición de 2016 concedido a los Países Menos Avanzados y a aceptar apli-

car el Acuerdo ADPIC en 2007 para convertirse en miembro de la OMC⁵⁷.

4. La industria farmacéutica

La industria farmacéutica se caracteriza por su concentración. Los grandes emporios farmacéuticos se han creado a través de una larga historia de fusiones y adquisiciones. Sin embargo, como afirma Susan George, hay una excepción importante a la norma de la competencia salvaje en el sistema capitalista; las empresas transnacionales⁵⁸. Se trata de una etapa más del modelo capitalista de producción conocida como ca-

⁵⁶ Oxfam, *Patentes contra pacientes: Cinco años después de la Declaración de Doha*, Oxfam, noviembre 2006, p. 15.

⁵⁷ Oxfam, *Cambodia's Accession to the WTO: How the law of the jungle is applied to one of the world's poorest countries*, Oxfam Policy Paper,

2003. (Consulta: Enero 2009). <http://www.ngoforum.org.kh/Development/Docs/Cambodia's%20Accession%20to%20the%20WTO.htm>

⁵⁸ George, Susan, *Otro mundo es posible si...* Icaria, Barcelona, 2004, p. 27.

pitalismo monopólico, en la que la concentración y la centralización de capital ha conducido a una situación en la que los oligopolios dominan la estructura económica en sectores significativos de la economía⁵⁹.

El capitalismo monopólico también ha afectado a la industria farmacéutica. En 2006, las ventas de la industria farmacéutica ascendieron a 643 mil millones de dólares. Las ventas totales de las 10 principales compañías farmacéuticas representaban más del 46% del total⁶⁰. Un análisis de la genealogía de las grandes farmacéuticas es un análisis de la historia de fusiones y adquisiciones de estas compañías. Siete de las principales corporaciones farmacéuticas se han creado a partir sucesivas adquisiciones y fusiones de al menos veintisiete compañías diferentes.

Entre los años 1999 y 2006 las ventas globales del sector farmacéutico prácticamente se duplicaron, a ello contribuyeron especialmente las grandes compañías farmacéuticas a través del desarrollo de medicamentos blockbuster (aquellos que generan como mínimo mil millones de dólares en ventas al año); la aplicación de economías de escala a la producción; pero sobre todo a la aplicación del Acuerdo ADPIC. A pesar de todo ello, el crecimiento del sector farmacéutico está empezando a ralentizarse⁶¹.

Esta ralentización se debe a distintas causas entre las que se encuentra el vencimiento de las patentes de los medicamentos blockbuster. En el año 2000 había 36 medicamentos *blockbuster* en el mercado mundial, en 2005 esta cifra ascendía a 92⁶². Estos medicamentos fueron responsables de casi la mitad del crecimiento económico del mercado farmacéutico en 2005. La consultora Boston Consulting Group estima que el 80% del crecimiento de las 10 farmacéuticas más grandes en la pasada dé-

cada proviene de los aproximadamente ocho *blockbuster* lanzados por año durante los noventa⁶³.

Las patentes de los medicamentos lanzados en los noventa expirarán en los próximos años y la competencia de las farmacéuticas productoras de medicamentos genéricos tendrá como consecuencia un descenso considerable de los precios y por tanto un incremento de la accesibilidad a estos medicamentos. Sin embargo a las grandes farmacéuticas les preocupa la pérdida de beneficios, ya que como resultado del vencimiento de patentes entre 2010 y 2012 se estima que perderán entre un 14% y un 41% de sus ingresos⁶⁴.

Por otra parte, existe una escasez de nuevos medicamentos innovadores. Según afirma la consultora PricewaterhouseCoopers el gran problema del sector biofarmacéutico es la falta de productividad en el laboratorio. Mientras que en la actualidad se invierte más en I+D se producen menos moléculas que hace veinte años⁶⁵. Según el *Centre for Medicines Research International*, los ingresos de la industria farmacéutica derivados de nuevos productos (lanzados en los últimos cinco años), representaron el 16% de las ganancias totales de 2006. Lo cual implica que ese mismo año el 84% de los ingresos de la industria farmacéutica provenían de medicamentos que habían estado en el mercado durante más de cinco años⁶⁶.

La consultora culpa a las leyes internacionales de propiedad intelectual de la escasa inversión en nuevas e innovadoras investigaciones. Afirma que una solución para estimular la innovación sería que la duración de la patente dependiese del grado de innovación del medicamento. De este modo los medicamentos que diesen respuesta a necesidades médicas no cubiertas ten-

⁵⁹ Milward, Bob, *Globalisation? Internationalisation and monopoly capitalism. Historical Processes and Capitalist Dynamism*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2003, p. 37.

⁶⁰ Consumers International, *Drugs, Doctors and Dinners: How drug companies influence health in the developing world*, Consumers International, Londres, Octubre 2007, p. 12.

⁶¹ IMS Health, IMS Market Prognosis International, Febrero 2007 en Consumers International, *Drugs, Doctors and Dinners: How drug companies influence health in the developing world*. Consumers International, Londres, Octubre 2007, p. 13.

⁶² Simons, John, «Blockbusters to the Rescue!», *CNN*, January 31, 2006. (Consulta: Enero 2009). http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune_archive/2006/01/23/8366988/index.htm

⁶³ Arnst, Catherine; Barret, Amy; Arndt, Michael; and Carey, John, «The waning of the blockbuster drug», *Business Week*, October 18, 2004. (Consulta: Diciembre 2009). http://www.businessweek.com/magazine/content/04_42/b3904034_mz011.htm

⁶⁴ PricewaterhouseCoopers, *Pharma 2020: The Vision. Which Path will you take*, Pricewaterhousecoopers, 2007, p. 9.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 1.

⁶⁶ PRNewswire, «2007/2008 Pharmaceutical R&D Factbook Published by CMR International is Now Available», *PRNewswire*, September 2004. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=208101>

drían patentes más largas, mientras que los medicamentos *me-too*⁶⁷ y nuevas formulaciones tendrían patentes más cortas.

Sin embargo, según el párrafo 1 del artículo 27 del Acuerdo ADPIC, para que una invención sea patentable debe cumplir tres criterios: la invención debe ser nueva (una «novedad»), debe entrañar una actividad inventiva (no debe ser evidente) y debe tener «aplicación industrial» (debe ser útil)⁶⁸. Los medicamentos *me-too* y las nuevas formulaciones, en la mayoría de los casos no cumplen con estos tres criterios y únicamente contribuyen a lo que se conoce como *evergreening* de las patentes, es decir, a perpetuar la patente.

Pricewaterhousecoopers propone extender la vida de las patentes innovadoras como Gardasil (una vacuna contra el virus del papiloma humano) a 50 años o más, aunque a precios «universalmente accesibles». El virus del papiloma humano es el causante del cáncer cervicouterino, el segundo tumor maligno que afecta a las mujeres con mayor frecuencia. Cada año se registran alrededor de 500.000 casos nuevos y aproximadamente 250.000 muertes en todo el mundo. Alrededor del 80% de los casos se concentra en países de bajos ingresos, donde es el cáncer que más padecen las mujeres⁶⁹. Teniendo en cuenta que el objetivo de las compañías farmacéuticas es conseguir la máxima rentabilidad, un monopolio de patente de 50 años sobre Gardasil condena a millones de mujeres con bajos ingresos a la muerte.

La industria farmacéutica justifica el Acuerdo ADPIC como un incentivo para desarrollar medicamentos innovadores ya que permite a la industria recuperar las importantes inversiones realizadas en investigación y desarrollo (I+D). Sin embargo el Acuerdo ADPIC no es el único incentivo que se concede a la industria farmacéutica. En Estados Unidos las compañías farmacéuticas disfrutaban de importantes desgravaciones fiscales que

no se aplican únicamente a los gastos en I+D de nuevos medicamentos sino también a los gastos administrativos y a los gastos en marketing. La tasa media de impuestos de las principales industrias estadounidenses entre 1993 y 1996 correspondía a un 27,3% de los ingresos totales. Durante el mismo período de tiempo la industria farmacéutica pagaba únicamente un 16,3% de impuestos⁷⁰.

Por otra parte, aunque es cierto que la I+D de nuevos medicamentos es muy costosa, también es cierto que la industria farmacéutica se beneficia de las investigaciones realizadas en las universidades y financiadas con dinero público sin que los Estados reciban una compensación por ello. Pharmacia desembolsó 150.000 dólares para adquirir los derechos de Latanoprost, a partir del cual desarrolló Xalatan, un medicamento para tratar el glaucoma que se han convertido en un medicamento blockbuster; es decir, un medicamento que genera mil millones de dólares o más en ventas por año. Latanoprost fue desarrollado en 1982 por el doctor Laszlo Z. Bito en la Universidad de Columbia en una investigación en la que los Institutos Nacionales de Sanidad habían invertido 4 millones de dólares⁷¹.

Las investigaciones preclínicas son las que más riesgo económico tienen para las empresas farmacéuticas ya que aún no saben si harán algún descubrimiento aplicable al desarrollo de un medicamento que genere ventas. De hecho, la investigación preclínica significa un 20-25 por ciento del presupuesto de una compañía en investigación para un medicamento concreto⁷². Gran parte de los nuevos medicamentos que desarrollan las compañías farmacéuticas se basan en investigaciones preclínicas desarrolladas en universidades. Un estudio realizado por el Massachusetts Institute of Technology puso de manifiesto que de los 14 medicamentos nuevos identificados como significativos desde el punto de vista médico entre 1970 y 1995, 11 tenía sus raíces en estudios financiados por el gobierno⁷³.

⁶⁷ Los medicamentos *me-too* son nuevas versiones de medicamentos existentes cuya modificación no añade valor terapéutico.

⁶⁸ OMC, *Hoja Informativa: Los ADPIC y las patentes de productos farmacéuticos*, OMC, Septiembre de 2006, p. 3. (Consulta: Octubre 2008). http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/tripsfactsheet_pharma_2006_s.pdf

⁶⁹ OMS y UNFPA, *Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano. Orientaciones normativas y programáticas para los países*, OMS, 2006, p. 1. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/hpvvaccines/text.pdf>

⁷⁰ Anderson, C., «Drug firms said to pay less in taxes», *Boston Globe*, 26 December, 1999. En Angell, Marcia, «The pharmaceutical industry. To whom is it accountable?», *The New England Journal of Medicine*, Vol. 342, No. 25, 2000, pp. 1902-1904.

⁷¹ Gerth, Jeff and Stolberg, Sheryl G., «Medicine Merchants: Birth of a blockbuster; drug makers reap profits on tax-backed research», *New York Times*, 23 April, 2000.

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

Otra particularidad de la industria farmacéutica son las grandes inversiones que destina a hacer lobby. Según The Center for Public Integrity, el mayor lobby de Washington es la industria farmacéutica, con un record de 168 millones de dólares destinados a este fin en 2007 (sin incluir a fabricantes de productos sanitarios). Este gasto en influenciar las decisiones del congreso estadounidense representa un incremento del 32% respecto a 2006⁷⁴. Esta cifra elevó la cantidad invertida durante la pasada década en realizar lobby federal a más de mil millones de dólares americanos.

Las grandes empresas farmacéuticas también destinan un mínimo porcentaje de sus beneficios a lo que se conoce como Responsabilidad Social Corporativa (RSC). En sus publicaciones de RSC las empresas farmacéuticas explican cómo sus programas de donaciones y precios preferenciales posibilitan el acceso a determinados medicamentos a una parte de la población. Pero las donaciones y los precios preferenciales no son una solución definitiva ya que proporcionan acceso a medicamentos concretos para enfermedades concretas y no únicamente a una parte de la población.

Además, en ocasiones los descuentos pueden ser utilizados para presionar a los gobiernos de los países en desarrollo. Como ocurrió con Abbott Laboratories en 2001, cuando pretendió condicionar una oferta de precios preferenciales para medicamentos contra el VIH/SIDA al compromiso de que los países beneficiarios de los descuentos no continuaran con la importación de genéricos.

Las farmacéuticas reciben exenciones fiscales por realizar donaciones, pero estas no siempre responden a las necesidades de la población o cumplen con unos mínimos de calidad en cuanto a la conservación, calidad o identificación del producto en el idioma del país de destino. Entre 1992 y 1996 de las 35.000 toneladas de medicamentos que fueron donadas a Bosnia Herze-

govina, 17.000 tuvieron que ser eliminadas por ser inservibles. Con los recursos destinados a destruir los medicamentos no válidos, aproximadamente 30 millones de euros, se podrían haber cubierto las necesidades sanitarias básicas de dos millones de refugiados durante cinco años⁷⁵.

Para poner fin a estas irregularidades la OMS publicó en 1996 unas directrices sobre donaciones de medicamentos, revisadas y ratificadas en 1999⁷⁶. El problema, una vez más, es que se trata de recomendaciones y no de una ley vinculante por lo que no seguirlas no tiene consecuencias para las farmacéuticas.

Dejar que los países en desarrollo dependan de donaciones o precios preferenciales para que su población tenga acceso a medicamentos supone dejar a millones de personas en manos de la caridad de las empresas farmacéuticas. Las empresas no son ONGs y nadie espera que lo sean pero sí que, como personas jurídicas que son, cumplan con la legislación nacional e internacional vigente. También se espera de ellas que sean socialmente responsables en el sentido de que no se opongan a la aplicación de las salvaguardas ADPIC por parte de los países en desarrollo y que cumplan la legislación vigente en materia de derechos humanos.

5. Patentes farmacéuticas ¿Incentivo para la I+D?

Según afirma la farmacéutica GlaxoSmithKline: «Las patentes estimulan y apoyan de manera fundamental la investigación continuada y el desarrollo de nuevas y mejores medicinas, incluyendo aquellas para enfermedades prevalentes en el mundo en desarrollo»⁷⁷. Sin embargo, más de mil millones de personas, una sexta parte de la población mundial, padece una o más enfermedades tropicales olvidadas⁷⁸.

⁷⁴ Ismail, M. Asif, *A Record Year for the Pharmaceutical Lobby in '07 - Washington's largest lobby racks up another banner year on Capitol Hill*, The Center for Public Integrity, Washington, 2008. (Consulta: Diciembre 2008). <http://projects.publicintegrity.org/rx/report.aspx?aid=985>

⁷⁵ Farmacéuticos Mundi, Cruz Roja y Médicos Mundi, *Medicamentos que no curan*, Farmacéuticos Mundi, diciembre 2005, p. 2.

⁷⁶ *Directrices sobre donaciones de Medicamentos* de la OMS (OMS, 1999).

⁷⁷ GlaxoSmithKline, *Facing the Challenge: Our contribution to improving healthcare in the developing world*, GlaxoSmithKline, Abril, 2001, p. 5. (Consulta: Octubre 2008). http://www.gsk.com/community/downloads/facing_the_challenge.pdf

⁷⁸ OMS, *Ten facts on neglected tropical diseases*. Control of Neglected Tropical Diseases (NTD). (Consulta: Octubre 2008). http://www.who.int/neglected_diseases/en/

Cuando las compañías farmacéuticas deciden en qué invertir sus fondos en I+D la lógica de mercado dirige sus decisiones. La investigación de mercados tiene tanta importancia o más que la ciencia ya que el objetivo último de las farmacéuticas en tanto que empresas es la rentabilidad. Las poblaciones de los países en desarrollo carecen de recursos suficientes para poder pagar un precio elevado por los medicamentos, por tanto las enfermedades olvidadas que afectan fundamentalmente a estos países no son una prioridad.

De los 1.223 medicamentos que se comercializaron entre 1975 y 1997 tan sólo 379 (es decir, el 30,9%) eran consideradas innovaciones terapéuticas y únicamente 13 (el 1%) estaban destinados a enfermedades tropicales. De esos 13 medicamentos tan sólo cuatro se pueden considerar como resultado directo de la actividad de I+D de la industria farmacéutica, dos son nuevas formulaciones de productos ya existentes, otros dos provienen de la investigación militar y cinco de la investigación veterinaria⁷⁹.

Según la OMS existen 14 enfermedades tropicales olvidadas: la lepra, el cólera, el dengue, la enfermedad de Chagas, la úlcera de Buruli, la leishmaniasis, la dracunculiasis o gusano de guinea, la treponematosis endémica, la tripanosomiasis africana o enfermedad del sueño, la filariasis linfática, la onchocerciasis, la schistosomiasis, la helmintiasis y el tracoma. Sin embargo existen otras enfermedades olvidadas como la malaria o la tuberculosis. Cada año dos millones de personas fallecen a causa de la tuberculosis y se producen 500 millones de nuevas infecciones de malaria y hasta dos millones de muertes por esta enfermedad⁸⁰.

Más de 60 millones de personas del África Subsahariana viven en riesgo de contraer la tripanosomiasis africana humana o enfermedad del sueño⁸¹. El tratamiento más utilizado es un derivado del arsénico, el melarsoprol, que es tan corrosivo que mata a uno de cada 20 pacientes. Existe otro tratamiento menos doloroso y con menos efectos secundarios, la eflornitina, que dejó de fabricarse entre 1995 y 2000 por no ser rentable, hasta que

se descubrió una aplicación cosmética del producto, la eliminación del vello facial.

La tripanosomiasis americana humana o enfermedad de Chagas es la causante de 50.000 muertes anuales y 100 millones de personas están en riesgo de contraerla en América Latina⁸². Los tratamientos para esta enfermedad son tóxicos y duran uno o dos meses. Únicamente son eficaces en la fase aguda y asintomática de la enfermedad en menores de 15 años. En la actualidad, no existe tratamiento para los adultos.

Las personas con escasos recursos son más vulnerables a las enfermedades olvidadas. Unas condiciones de habitabilidad insalubres incrementan el riesgo de tripanosomiasis americana humana o enfermedad de Chagas, transmitida por un tipo de insecto que vive en las grietas de las casas de América Latina. Por otra parte, el agua insalubre o un sistema de saneamiento inadecuado favorecen la transmisión así como la proliferación de vectores de filariasis linfática, schistosomiasis, dengue y malaria. La pobreza está directamente relacionada con el impacto de las enfermedades olvidadas; mientras que estas a su vez perpetúan la situación de pobreza.

La Asociación de Investigadores y Fabricantes Farmacéuticos de Estados Unidos afirma que las compañías farmacéuticas invierten significativamente más en investigación y desarrollo que en marketing. Según sus estimaciones durante el año 2006 el gasto en I+D de la industria farmacéutica fue de 56,1 mil millones de dólares, mientras que las actividades promocionales supusieron un gasto total de 12 mil millones de dólares⁸³. Sin embargo, al analizar las memorias anuales de las empresas es difícil llegar a una conclusión, ya que en la mayoría de las ocasiones los gastos de marketing aparecen agregados a los gastos en ventas y gastos administrativos.

Según señala la consultora PricewaterhouseCoopers, entre 1995 y 2005, el porcentaje del gasto total de las empresas farmacéuticas en I+D aumentó de un 15% a un 17,1%, mientras que el porcentaje del gasto en ventas y administración aumentó

⁷⁹ Pécoul, Bernard et al., «Access to essential drugs in poor countries: a lost battle?», *JAMA*, Vol. 281, No.4, 1999, pp. 361-367.

⁸⁰ Médicos Sin Fronteras, *Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales. Enfermedades olvidadas*. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.msf.es/proyectos/came/enfermedades/index.asp>

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*

⁸³ PHRMA, *The facts about pharmaceutical marketing and promotion*, Pharmaceutical Research and Manufactures of America, Washington DC, 2008, p.17. (Consulta: Octubre 2008). http://www.phrma.org/files/Marketing%20and%20Promotion%20Facts_071108_FINAL.pdf

de un 28,7% a 33,1% siendo el marketing y las ventas el mayor gasto corporativo con diferencia⁸⁴. En una encuesta realizada por la consultora a integrantes de la industria farmacéutica, el 94% de los encuestados respondieron que las compañías farmacéuticas gastaban demasiado dinero en publicidad⁸⁵. En Estados Unidos, los gastos de la industria farmacéutica en anuncios directos al consumidor se han multiplicado por 20 durante la pasada década, ayudando a impulsar la venta de medicamentos que requieren receta que en 2007 alcanzó una cifra record de 286.5 mil millones de dólares⁸⁶.

Con el fin de obtener una valoración más real del gasto promocional de las farmacéuticas en Estados Unidos, Gagnon y Lexchin compararon los datos producidos por IMS, una compañía que se especializa en marketing farmacéutico, y los datos de CAM, una compañía que realiza estudios de mercado. Según sus cálculos, en 2004 la industria farmacéutica estadounidense gastó un 24,4% de las ventas en promoción, versus un 13,4% en I+D, de un total de 235,4 mil millones de dólares. Estas estimaciones les llevaron a concluir que las compañías farmacéuticas gastan casi el doble en promoción que I+D⁸⁷.

Las actividades de marketing y promoción de la industria farmacéutica van dirigidas tanto a los médicos en tanto que prescriptores de los medicamentos como a los pacientes en tanto que consumidores finales. Los pacientes confían en que los médicos actúan en el mejor interés de los enfermos. Sin embargo, ignoran la influencia que la industria farmacéutica ejerce en las decisiones de los profesionales sanitarios a través de diferentes técnicas de marketing. La industria farmacéutica busca influenciar la decisión de los médicos a la hora de recetar un determinado medicamento a través de publicidad y artículos en revistas médicas, visitadores médicos, líderes de opinión y regalos.

Los visitadores médicos son comerciales que visitan a los profesionales y les ofrecen muestras gratuitas de nuevos medi-

camentos con el fin de promocionarlos. Adair y Holmgren demostraron que las muestras gratuitas influyen la conducta prescriptiva de los profesionales médicos. Según su investigación las muestras incrementaron el número de recetas de los medicamentos más caros. Además, al agotarse las muestras la tendencia no fue la de volver al medicamento de primera elección sino que las pautas de prescripción provocadas continuaron⁸⁸.

En una encuesta realizada por la organización Consumers Internacional a 149 médicos y 100 comerciales de empresas farmacéuticas en Pakistán, los investigadores encontraron, entre otros datos, que un médico recibe de media la visita de siete comerciales por día. Además, una variedad de regalos e incentivos de ventas desde dinero en metálico a electrodomésticos son ofrecidos a los médicos⁸⁹.

Además, en un estudio realizado en 2006 a las 20 empresas farmacéuticas más grandes, Consumers International encontró que 12 de las 20 empresas estudiadas no tenían códigos disponibles al público sobre obsequios a los profesionales médicos y más de la mitad de las empresas se habían visto involucradas en alguna polémica sobre muestras gratuitas, sobornos, y obsequios a profesionales médicos⁹⁰.

Tales obsequios contravienen los códigos éticos de los países desarrollados pero siguen siendo práctica común en los países en desarrollo. Los regalos, crean una relación de reciprocidad y los médicos pueden sentirse obligados a corresponder, de forma consciente o no, recetando el medicamento de la empresa farmacéutica que ha realizado el obsequio. El 50% de los médicos cree que recibir beneficios de la industria farmacéutica influye la prescripción médica, pero tan sólo el 27% acepta que esto ha influenciado sus propias prescripciones⁹¹.

Los regalos que las empresas farmacéuticas hacen a los profesionales sanitarios se suelen disfrazar de algún modo. Las em-

⁸⁴ PricewaterhouseCoopers, *Pharma 2020... op. cit.*, p. 7.

⁸⁵ PricewaterhouseCoopers, *Recapturing the vision: Restoring trust in the pharmaceutical industry by translating expectations into actions*, PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 1.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 1.

⁸⁷ Gagnon, Marc-André; Lexchin, Joel, «The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States», *PLoS Medicine*, Vol. 5, No. 1, 2008.

⁸⁸ Adair, Richard F. and Holmgren, Leah R., «Do drug samples influence resident prescribing behaviour? A randomized trial», *The American Journal of Medicine*, Vol. 118, No. 8, 2005, pp. 881-884 R.

⁸⁹ Consumers International, *Drugs, Doctors and... op. cit.*, p. 20.

⁹⁰ Consumers International, *La salud patentada: La perspectiva del consumidor sobre la RSE, la promoción de medicamentos y la industria farmacéutica en Europa*, Consumers International, Londres, Junio 2006, p. 46.

⁹¹ *Ibid.*, p. 22.

presas farmacéuticas organizan congresos y cursos de formación totalmente subvencionados en destinos vacacionales incluyendo costosas cenas y eventos sociales. En los países en desarrollo la falta de fondos estatales para el desarrollo profesional de los médicos hace que los cursos subvencionados por empresas farmacéuticas sean más valorados por los profesionales sanitarios.

Por otra parte, las farmacéuticas cuentan con los servicios de agencias de comunicación especializadas en el sector médico, las cuales contratan y forman a individuos que se denominan líderes de opinión clave (KOL, Key Opinion Leaders). Suelen ser médicos, especialistas y académicos que ayudan a promocionar los productos de la empresa a través de presentaciones, comunicaciones académicas, congresos y debates.

Las compañías farmacéuticas también consiguen publicar artículos de encargo bajo el nombre de reconocidos investigadores que resaltan las cualidades de sus medicamentos o subestiman sus posibles riesgos. Numerosos estudios y artículos periodísticos han puesto de manifiesto que un gran número de artículos «científicos» publicados en prestigiosas revistas médicas han sido redactados por escritores que trabajan para agencias de comunicación.

Estos artículos son firmados por investigadores médicos que no han participado ni en la investigación, ni en la redacción del artículo. El término anglosajón para esta práctica es «gosh marketing» o «goshwriting». Un sondeo realizado por la *American Medical Writers Association* a 71 escritores médicos autónomos encontró que el 80% había redactado alguna vez un artículo que no mencionaba su contribución⁹².

Flanagin, Carey y Fontanarosa encontraron evidencia de *ghostwriting* en 11% de los 809 artículos analizados de seis prestigiosas publicaciones (*American Journal of Cardiology*,

American Journal of Medicine, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *Annals of Internal Medicine*, *Journal of the American Medical Association*, *The New England Journal of Medicine*). La prevalencia de *ghostwriting* variaba entre 7% y 16% entre publicaciones⁹³.

Por último, en un estudio realizado por Healy y Cattell en el que analizaron durante un período de tres años todos los artículos publicados sobre Zoloft, un antidepresivo de la empresa farmacéutica Pfizer, encontraron evidencias de que más de la mitad de los artículos tenían como autor una agencia de comunicación⁹⁴. Según señalan Moffatt y Elliott, este tipo de artículos pueden inducir a error a los médicos sobre los beneficios y los riesgos asociados con ciertos tratamientos médicos⁹⁵. Como afirma Richard Smith, ex-editor del *British Medical Journal*, «las publicaciones médicas se han convertido en una extensión del marketing de las compañías farmacéuticas»⁹⁶.

En su búsqueda de la máxima rentabilidad las empresas farmacéuticas no siempre promocionan sus medicamentos de una manera responsable. El resultado es un uso inapropiado de los mismos. Se estima que hasta un 50% de los medicamentos en países en desarrollo son prescritos, dispensados o vendidos de manera inapropiada⁹⁷. Además un 50% de los países en desarrollo utilizan de forma inadecuada los medicamentos⁹⁸. Estos elevados niveles de un uso inapropiado de los medicamentos tienen como resultado una reducida eficacia de los tratamientos y contribuyen a incrementar la resistencia a los fármacos.

Los mercados en países en desarrollo y países con economías emergentes son áreas prioritarias para las empresas farmacéuticas y resulta preocupante el hecho de que la maquinaria de marketing y promoción utilizada por las industrias farmacéuticas en los países desarrollados esté siendo exportado a países

⁹² Moffatt, Barton and Elliot, Carl, «Ghost marketing: Pharmaceutical companies and ghostwritten journal articles», *Perspect Biol Med*, Vol. 50, No. 1, 2007, pp. 18-31.

⁹³ Flanagin, Annette; Carey, Lisa A.; Fontanarosa, Phil B.; et al., «Prevalence of Articles With Honorary Authors and Ghost Authors in Peer-Reviewed Medical Journals», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 280, No. 3, 1998, pp. 222-224.

⁹⁴ Healy, David and Cattell, Dinah, «Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics», *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 183, 2003, pp. 22-27.

⁹⁵ Moffatt, Barton and Elliot, Carl, *op. cit.*, pp. 18-31.

⁹⁶ Smith, Richard, «Medical Journals are an extension of the marketing arm of Pharmaceutical Companies», *PLoS Medicine*, Vol. 2, No. 5, 2005.

⁹⁷ DFID, *op. cit.*

⁹⁸ *Ibid.*

con una regulación insuficiente o inexistente. En 2004, la OMS estableció que menos de 1/6 de los países tenían un sistema de regulación de medicamentos bien desarrollado, y un 1/3 tenía poca o ninguna capacidad regulatoria⁹⁹.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2007 se aprobó una nueva resolución sobre el uso racional de los medicamentos que insta a los gobiernos miembros a poner en marcha leyes nuevas o aplicar la legislación existente que prohíbe la promoción anti-ética de medicamentos, así como a desarrollar y poner en marcha programas para proporcionar información independiente y no promocional de medicamentos¹⁰⁰.

Sin embargo, dentro de la lógica de mercado, los departamentos de marketing de las farmacéuticas se esfuerzan en «encontrar» nuevas enfermedades o ampliar la definición de enfermedades ya existentes para incluir a personas que aunque pueden estar en riesgo no están enfermas. Esta práctica se conoce como *disease-mongering* y consiste en «ampliar los límites de las enfermedades tratables con la finalidad de expandir los mercados de quienes venden tratamientos médicos»¹⁰¹.

En los últimos años las farmacéuticas están promoviendo definiciones más amplias de enfermedades a través de campañas elaboradas por los laboratorios farmacéuticos y sus agencias de comunicación con la finalidad de «informar» y «educar» a la población sobre potenciales enfermedades y animar a los enfermos a buscar tratamiento en una etapa temprana. Sin embargo, lejos de educar a la población sobre la prevención de enfermedades, son una herramienta más de la estrategia de marketing de las farmacéuticas para ampliar su mercado potencial promocionando su definición de enfermedad entre los médicos y la población en general. Entre estas enfermedades se incluyen el síndrome de las piernas inquietas, la disfunción sexual femenina y la fobia social, entre otras.

En el año 2000 SmithKline Beecham comenzó a comercializar paroxine para el tratamiento de la fobia social. Este desorden limita la capacidad de las personas para interactuar con otras personas y puede inhabilitar a los que lo padecen. La Anxiety Disorders Association of America (HADA), parcialmente fundada por SmithKline, lanzó una campaña de sensibilización de la fobia social, orquestada por la agencia de relaciones públicas de SmithKline, con el slogan «Imagínate ser alérgico a las personas». Esta campaña amplía la definición de fobia social para incluir la timidez. Un rasgo de la personalidad es transformado en una enfermedad que requiere medicación.

Siguiendo la lógica de mercado las compañías farmacéuticas invierten sus fondos en I+D en desarrollar medicamentos que puedan proporcionarles una elevada rentabilidad como son los medicamentos que tratan patologías de «estilo de vida». En los últimos años, el mercado de las *lifestyle drugs* se ha convertido en uno de los sectores más dinámicos y comercialmente atractivos de la industria farmacéutica valorado en 23 mil millones de dólares¹⁰².

Las *lifestyle drugs* o medicamentos de estilo de vida son definidos por Lexchin como aquellos medicamentos que no se justifican desde el punto de vista médico (por ejemplo finasteride para tratar la calvicie masculina), o bien que tratan enfermedades resultantes del estilo de vida de una persona¹⁰³. Estos medicamentos tienen la característica de que tratan patologías que se pueden auto-diagnosticar y en muchos casos es posible comprarlos sin receta médica.

Flower se pregunta si los consumidores de estos medicamentos están realmente «enfermos» o si simplemente tienen necesidades o deseos y cuándo una «necesidad» se convierte en una «enfermedad» o cuándo una aspiración se convierte en un objetivo terapéutico legítimo¹⁰⁴.

⁹⁹ Mintzes, Barbara, «Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?», *PLoS Medicine*, Vol. 3, No. 4, 2006.

¹⁰⁰ 60ª Asamblea Mundial de la Salud (Consulta: Octubre 2008): <http://www.who.int/mediacentre/events/2007/wha60/es/index.html>

¹⁰¹ Moynihan, Ray; Heath, Iona and Henry, David, «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering», *British Medical Journal*, Vol. 324, 2002, pp. 886-891.

¹⁰² Business Insights, *The Lifestyle Drugs Outlook to 2008: Unlocking new value in well-being. Business Insights*, October 2006. (Con-

sulta: Octubre 2008). <https://www.globalbusinessinsights.com/content/rbhc0109m.pdf>

¹⁰³ Lexchin, Joel, «Lifestyle drugs: issues for debate», *CMAJ*, Vol. 169, No. 10, May 15, 2001, pp. 1449-1441.

¹⁰⁴ Flower, Rod, «Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda», *Trends in Pharmacological Sciences*. Vol. 25, No. 4, April 2004, pp. 182-185.

6. Estudio de caso: Brasil

GlaxoSmithKline afirmaba en 2001 en una de sus publicaciones sobre responsabilidad social corporativa: «Creemos que el Acuerdo ADPIC alcanza un equilibrio apropiado, fomentando la innovación que es esencial para observar avances en tratamientos y vacunas para enfermedades de países en desarrollo, mientras que incluye salvaguardas que proporcionan a los gobiernos la flexibilidad de actuar en circunstancias excepcionales. Nuestro apoyo al Acuerdo ADPIC incluye el reconocimiento de estas salvaguardas»¹⁰⁵.

Sin embargo, las declaraciones de buenas intenciones en los documentos de responsabilidad social de las empresas farmacéuticas contrastan con sus actuaciones. Las compañías farmacéuticas se oponen firmemente a la utilización de las salvaguardas del Acuerdo ADPIC por parte de los gobiernos de los países en desarrollo, como ocurrió en la India, en Sudáfrica y también en Brasil, caso que analizamos a continuación.

Brasil es el país con mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA de América Latina con un 40% de un total estimado en 1,7 millones; seguido por México con 200.000 casos¹⁰⁶. Sin embargo ambos países tienen unos niveles de prevalencia modestos, de 0,6 Brasil y de 0,3 México¹⁰⁷. A principios de los años noventa, el Banco Mundial estimó que habría 1,2 millones de personas infectadas de VIH/SIDA en el año 2.000. Sin embargo, gracias a los esfuerzos de prevención, el gobierno brasileño consiguió reducir esa cifra a la mitad. En 2001 aproximadamente 660.000 brasileños vivían con VIH/SIDA mientras que en 2007 la cifra ascendía a 730.000¹⁰⁸. Ese año, aproximadamente 15.000 brasileños murieron por causas relacionadas con el VIH/SIDA¹⁰⁹.

Desde 1996 Brasil ha garantizado el acceso universal a tratamientos contra el VIH/SIDA a través del PN-ITS/SIDA; el Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, re-

conocido internacionalmente por la universalidad, integralidad y gratuidad del acceso al tratamiento. Actualmente 181.000 personas reciben tratamiento antirretroviral en Brasil un 80% de las 230.000 personas que necesitan tratamiento antirretroviral según UNAIDS y la OMS¹¹⁰.

Brasil ha amenazado reiteradamente a las empresas farmacéuticas con utilizar licencias obligatorias para anular las patentes sobre los antirretrovirales. Para no perder un mercado tan grande, las farmacéuticas han reducido sus precios, disminuyendo el precio medio de una terapia antirretroviral de 6.240 dólares USA a 1.336 dólares USA por paciente al año¹¹¹. De esta manera el gobierno brasileño ha podido universalizar el tratamiento antirretroviral y aumentar la inversión en prevención.

Sin embargo, cada vez más pacientes desarrollan resistencia a las terapias de primera línea y el Ministerio de Salud de Brasil se ve obligado a utilizar medicamentos de segunda línea sujetos a patentes lo que está incrementando el precio de los tratamientos antirretrovirales. En 2006 el gobierno brasileño pagaba una media de 2.500 dólares USA por paciente al año¹¹². El Ministerio de Salud calculaba entonces que más del 80 por ciento de su presupuesto de 445 millones de dólares para el tratamiento del VIH se destinaría a adquirir antirretrovirales importados y más de la mitad exclusivamente a tres medicamentos: Efavirenz, Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) y Tenofovir¹¹³.

Con el objetivo de asegurar la viabilidad del Programa Nacional de ITS y SIDA, el Gobierno de Brasil consiguió reducir el precio de Kaletra y de Tenofovir con la amenaza de otorgar una licencia obligatoria. Respecto a Efavirenz, tras diversas reuniones con la farmacéutica Merck sin llegar a un acuerdo sobre los precios para el contrato de 2007; el 25 de abril de 2007 el Gobierno de Brasil decretó el interés público del medicamento e

¹⁰⁵ GlaxoSmithKline, *op. cit.*, p. 5.

¹⁰⁶ UNAIDS, *Key facts by region: 2008 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS, August 2008, p. 2.

¹⁰⁷ UNAIDS, *A global view of HIV infection – Estimated adult HIV prevalence for countries in 2007*, OMS, July 2008. (Consulta: Octubre 2008). http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPreWallMap_GR08_en.jpg

¹⁰⁸ UNAIDS, *Brazil Epidemiological FactSheet on HIV and AIDS*, Core data on epidemiology and response, WHO, July 2008, p. 5. (Consulta: Oc-

tubre 2008). http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BR.pdf

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 6.

¹¹⁰ UNAIDS: *Brazil Epidemiological FactSheet... op. cit.*, p. 13.

¹¹¹ COHEN, Jon, «Brazil: Ten Years After», *Science*, Vol. 313, No. 5786, 28 July 2006, pp. 484-487.

¹¹² *Ibid.*, pp. 484-487.

¹¹³ *Ibid.*, pp. 484-487.

inició el proceso de licencia obligatoria de la patente para uso público no comercial.

Según el Gobierno de Brasil, «la licencia obligatoria de patente está prevista, entre otros, en el Acuerdo ADPIC de la OMC y en la Ley de Propiedad Industrial Brasileña (Ley n.º 9.279/96)»¹¹⁴. Además, «en el caso de la aplicación de la licencia obligatoria, el Gobierno brasileño velará por el cumplimiento de sus obligaciones internacionales, teniendo en cuenta los términos de la Declaración Ministerial sobre el Acuerdo ADPIC y Salud Pública, adoptada en la reunión de la OMC en Catar, el 14 de noviembre de 2001»¹¹⁵.

La farmacéutica Merck tuvo un plazo de siete días tras la declaración de interés público de la patente. En ese periodo Merck ofreció un descuento del 30% sobre el precio de US\$ 1,59 por comprimido. La propuesta fue considerada insatisfactoria por el Gobierno de Brasil que solicitaba un precio de US\$ 0,45¹¹⁶. El 4 de mayo de 2008 el Presidente de la República, Ignacio Lula da Silva, decretó la licencia obligatoria de Efavirenz. Es la primera vez que Brasil decreta la licencia obligatoria de un medicamento.

El antirretroviral Efavirenz es el medicamento importado más utilizado en el tratamiento del SIDA. Actualmente un 38% de los pacientes hacen uso de ese fármaco en sus esquemas terapéuticos¹¹⁷. La licencia obligatoria permite al Ministerio de Salud de Brasil importar versiones genéricas de Efavirenz de laboratorios pre-calificados por la OMS. Con los precios establecidos por Merck en Brasil, el coste del tratamiento por paciente/año es de 580 dólares americanos. Los precios del producto genérico varían entre 163,22 y 166,36 dólares americanos por paciente/año. Con la licencia obligatoria el Gobierno de Brasil se ahorrará aproximadamente 236,8 millones de dólares americanos hasta 2012, fecha en la que expira la patente del medicamento¹¹⁸.

En Brasil, la licencia obligatoria puede ser implementada a partir de circunstancias previstas en la Ley de Propiedad Industrial Brasileña, como: el ejercicio abusivo de los derechos, el abuso de poder económico, la no-explotación local, la comercia-

lización insatisfactoria, la emergencia nacional e interés público. En el caso del antirretroviral Efavirenz, la licencia obligatoria se basó en el interés público, con el fin de asegurar la viabilidad del Programa Nacional de ITS y SIDA.

Como bien señala el Ministerio de Salud Brasileño, la licencia obligatoria es una flexibilidad prevista en el Acuerdo ADPIC utilizada tanto por países desarrollados como Italia y Canadá y como por países en desarrollo. En el caso de los antirretrovirales, Mozambique, Malasia, Indonesia y Tailandia ya utilizaron esta flexibilidad. Tailandia decretó el 29 de noviembre de 2006 la licencia obligatoria del Efavirenz.

Conclusiones y recomendaciones

Hemos comprobado que la salud es un derecho humano jurídicamente reconocido en numerosos instrumentos internacionales, regionales y nacionales y que su cumplimiento es responsabilidad de los Estados. Más allá de la responsabilidad ética o moral de los Estados para con el derecho a la salud, se trata de una responsabilidad legal en base a la legislación internacional existente sobre derechos humanos. Sin embargo, cuando se aplican lógicas de marketing a la industria farmacéutica, la salud deja de ser un derecho para convertirse en un bien de mercado. Las enfermedades se transforman en oportunidades, los medicamentos en productos y los enfermos en consumidores, en cuotas de mercado con las que hay que cumplir para contentar a los accionistas.

La asistencia médica cada vez alcanza cuotas de privatización mayores en los países desarrollados y el modelo se está exportando a los países en desarrollo a través de los planes de ajuste estructural, tratados de libre comercio o como requisito para acceder a la Organización Mundial del Comercio. La salud ha pasado de ser un derecho humano del que es responsable el Estado a convertirse en un «bien de consumo» al que sólo aquellos con recursos pueden acceder. La lógica de la rentabilidad obliga a las empresas farmacéuticas a buscar el máximo be-

¹¹⁴ Ministerio de Salud de Brasil, *El Gobierno Brasileño decreta el interés público del Efavirenz - Nota conjunta del Ministerio de las Relaciones Exteriores y del Ministerio de Salud*, Brasilia, 25 de abril de 2007.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ Ministerio de Salud de Brasil, *Brasilia decreta la licencia obligatoria del Efavirenz*, Brasilia, 4 de mayo de 2007.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

neficio anteponiendo el objetivo de conseguir el máximo valor para sus accionistas al derecho humano de la salud. El límite a la rentabilidad de las empresas está en la legislación internacional sobre derechos humanos y los Estados son los responsables de garantizar su cumplimiento, de poner un límite a la voracidad del mercado.

Hemos visto que derecho a la salud no significa gozar de buena salud, sino tener disponibilidad y accesibilidad a recursos de calidad. Esos recursos incluyen acceso a atención médica y medicamentos pero también el acceso a agua potable, alimentación y nutrición adecuados, vivienda, trabajo, condiciones sanitarias adecuadas y un medio ambiente sano. Sin embargo, a pesar de que en los últimos años se han producido mejoras importantes en la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, a pesar de que existen medicamentos efectivos para las enfermedades que más muertes causan, existe una amplia mayoría de excluidos a los que se les niega el derecho a la salud. Como afirma Amartya Sen, a pesar de vivir en una época de acumulación de riquezas sin precedentes «el mundo contemporáneo niega libertades elementales a un vasto número de personas»¹¹⁹.

El Acuerdo ADPIC refuerza la idea de que los derechos de las grandes transnacionales son más importantes que los derechos de las personas. La OMC vela por que ningún gobierno viole los derechos de propiedad intelectual de las empresas farmacéuticas, contando para ello con un Sistema de Solución de diferencias que actúa como un Tribunal Internacional del Comercio. Mientras que para velar por la aplicación de la legislación internacional sobre derechos humanos existen tribunales a nivel regional como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o la Corte Interamericana de Derechos Humanos, no existe un organismo internacional con la capacidad de aplicar sanciones que tiene el Sistema de Solución de Diferencias de la OMC.

El Acuerdo ADPIC exige a los miembros de la OMC que establezcan patentes por 20 años tanto para los nuevos productos como para los procesos de fabricación. Para las compañías farmacéuticas esto significa un monopolio de 20 años sobre me-

dicamentos que pueden salvar vidas. Como afirma Ziegler, «el precio de un bien depende de su escasez» y las grandes compañías farmacéuticas «organizan la escasez a conciencia, de acuerdo con la lógica del máximo beneficio (...) Esta escasez organizada destruye cada año la vida de millones de personas sobre la tierra»¹²⁰. Además, como hemos visto en los estudios de caso, afirmando defender sus derechos, las grandes farmacéuticas se oponen a la aplicación de las salvaguardas establecidas en el Acuerdo ADPIC por parte de los países en desarrollo.

Las compañías farmacéuticas justifican las patentes como un incentivo para la investigación y el desarrollo al permitir a la industria recuperar las importantes inversiones realizadas en este campo. No dudamos de que las farmacéuticas realicen importante inversiones en I+D. Sin embargo, el Acuerdo ADPIC no es el único incentivo del que disfrutaban las compañías farmacéuticas al beneficiarse de investigaciones subvencionada por el Estado y pagar, al menos en Estados Unidos, una tasa de impuestos menor que otras industrias. Además, hemos podido comprobar que el mayor gasto corporativo de la industria va destinado a marketing y ventas y no a la investigación y el desarrollo de nuevos productos¹²¹. Por otra parte, el sector farmacéutico ejerce fuertes presiones a los gobiernos para proteger sus derechos de propiedad a través de importantes inversiones en lobby. Pero la industria farmacéutica no se contenta con presionar a los gobiernos sino que también ejerce presión sobre los profesionales sanitarios a través de diferentes técnicas de marketing y ventas.

La lógica de mercado lleva a las compañías farmacéuticas a analizar la rentabilidad de un determinado medicamento antes de invertir en su investigación y desarrollo. Así las multinacionales han dejado de investigar las llamadas enfermedades olvidadas que afectan a una sexta parte de la población mundial¹²², como la enfermedad del sueño o la enfermedad de Chagas para centrar sus investigaciones en enfermedades «más rentables». En el momento en que la lógica capitalista neoliberal se aplica a la salud «millones de personas descubren de pronto que son superfluas, innecesarias tanto para la producción como para el consumo»¹²³.

¹¹⁹ SEN, Amartya, *Development as freedom*. Oxford University Press, Oxford, 1999, p. 3.

¹²⁰ Ziegler, Jean, *El Imperio de la vergüenza*, Taurus ediciones, Madrid, 2006. p. 35.

¹²¹ PricewaterhouseCoopers, *Pharma 2020...*, *op. cit.*, p. 7.

¹²² OMS: *Ten facts on neglected...* *op. cit.*

¹²³ George, Susan: *Otro mundo...* *op. cit.*, p. 18.

Es cierto que la incidencia de estas enfermedades crónicas no-transmisibles está aumentando cada vez más en los países en desarrollo. La OMS estima que las muertes de cáncer se incrementarán a nivel mundial de 7,4 millones a 11,8 millones para el año 2030; mientras que las muertes provocadas por enfermedades cardiovasculares se incrementarán de 17,1 millones a 23,4 millones en el mismo período de tiempo¹²⁴. Sin embargo, el sistema de patentes también impide el acceso a medicamentos que pueden curar este tiempo de enfermedades. Según la OMS, más del 70% de las muertes causadas por cáncer se producen en países de ingresos medios y bajos, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes¹²⁵.

La búsqueda de la rentabilidad ha llevado a las compañías farmacéuticas a invertir sus fondos en I+D en desarrollar medicamentos *blockbuster*, aquellos que generan al año al menos mil millones de dólares en ventas, o *lifestyle drugs*, medicamentos que tratan patologías de estilo de vida. Además, con el objetivo de ampliar su mercado potencial, las farmacéuticas han puesto a trabajar a sus departamentos de marketing para tratar de convencer a gente sana de que está enferma, y a gente levemente enferma, de que está muy enferma¹²⁶. A través de campañas para «informar» a la población, las farmacéuticas amplían la definición de enfermedades para que personas con riesgo potencial sean consideradas como enfermos. Como afirman Moynihan y Heath, la construcción social de enfermedad está siendo reemplazada por una construcción corporativa de la enfermedad¹²⁷.

La mercantilización de la salud crea una desigualdad en la disponibilidad de recursos y el acceso a los mismos; que tiene como consecuencia una multitud de opciones para una minoría con recursos y la falta de acceso a una gran mayoría sin recursos que queda excluida. De esta manera se traiciona el compromiso de salud para todos de Alma-Ata. A pesar de ello, existen movimientos sociales que trabajan para restablecer ese compromiso, como es el Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Para el Movimiento por la Salud de los Pueblos la salud «es una cuestión social, económica y política y, por encima de todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia son las causas de la mala salud y la muerte de las personas pobres y marginadas. Salud para todos significa desafiar a los poderosos grupos de interés, oponerse a la globalización y cambiar drásticamente las prioridades políticas y económicas»¹²⁸.

Como afirma el Movimiento por la Salud de los Pueblos, mientras persistan las desigualdades extremas persistirán las desigualdades en el acceso a los recursos que garantizan el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental. Por tanto son necesarios cambios estructurales que reestablezcan la capacidad de los Estados para garantizar el acceso a atención médica y medicamentos pero también el acceso agua potable, alimentación y nutrición adecuadas, vivienda, trabajo, condiciones sanitarias adecuadas y un medio ambiente sano.

En nuestra mano está exigir a los gobiernos y las instituciones internacionales que se fijen límites al mercado, que se formulen, implementen y apliquen políticas y leyes vinculantes internacionales, regionales y nacionales que respeten los derechos humanos por encima de los derechos de las grandes corporaciones.

Bibliografía

- 60.ª Asamblea Mundial de la Salud (Consulta: Octubre 2008): <http://www.who.int/mediacentre/events/2007/wha60/es/index.html>
- Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio* (OMC, 1995).
- Adair, Richard F. and Holmgren, Leah R., «Do drug samples influence resident prescribing behaviour? A randomized trial», *The American Journal of Medicine*, Vol. 118, No. 8, 2005, pp. 881- 884 R.
- Angell, Marcia, «The pharmaceutical industry. To whom is it accountable?» *The New England Journal of Medicine*, Vol. 342, No. 25, 2000, pp. 1902-1904.

¹²⁴ OMS: World Health Statistics 2008... *op. cit.*, p. 29.

¹²⁵ OMS Cancer Facts (Consulta: Octubre 2008): <http://www.who.int/cancer/en/>

¹²⁶ Payer, Lynn, *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*, New York: Wiley & Sons, New York, 1992, p. 292.

¹²⁷ Moynihan, Ray et al., *op. cit.*, pp. 886-891.

¹²⁸ Movimiento por la Salud de los Pueblos, *Declaración por la salud de los pueblos*, PHA, Savar, 2001. (Consulta: 2008). <http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-spanish.pdf>

- Arnst, Catherine; Barret, Amy; Arndt, Michael; and Carey, John, «The waning of the blockbuster drug», *Business Week*, October 18, 2004. (Consulta: Diciembre 2009). http://www.businessweek.com/magazine/content/04_42/b3904034_mz011.htm
- BM, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, World Bank, Washington DC, 1987.
- BM, *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press, Washington DC, 1993.
- Business Insights, *The Lifestyle Drugs Outlook to 2008: Unlocking new value in well-being*. Business Insights, October 2006. (Consulta: Octubre 2008). <https://www.globalbusinessinsights.com/content/rbhc0109m.pdf>
- Carta de las Naciones Unidas (ONU, 1945).
- COHEN, Jon, «Brazil: Ten Years After», *Science*, Vol. 313, No. 5786, 28 July 2006, pp. 484-487.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000, E/C. 12/2000/4, CESCR Observación General 14, (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- Consumers International, *Drugs, Doctors and Dinners: How drug companies influence health in the developing world*, Consumers International, Londres, Octubre 2007.
- Consumers International, *La salud patentada: La perspectiva del consumidor sobre la RSE, la promoción de medicamentos y la industria farmacéutica en Europa*, Consumers International, Londres, Junio 2006.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946).
- Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública de 14 de noviembre de 2001 (OMC, 2001).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948).
- Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993).
- Declaration of Alma-Ata (OMS, 1978).
- De Currea-Lugo, Víctor, *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2005.
- DFID (United Kingdom Department for International Development), *Access to Medicine Factsheet*. DFID, January 2006. (Consulta: Diciembre 2008). www.dfid.gov.uk/pubs/files/atm-factsheet0106.pdf
- Directrices sobre donaciones de Medicamentos de la OMS (OMS, 1999).
- El-Said, Hamed and El-Said, Mohammed, «TRIPS-Plus Implications for Access to medicines in Developing Countries: lessons from Jordan-United States Free Trade Agreement», *The Journal of World Intellectual Property*, Vol. 10, No. 6, 2007, pp. 438-475.
- Farmacéuticos Mundi, Cruz Roja y Médicus Mundi, *Medicamentos que no curan*, Farmacéuticos Mundi, diciembre 2005.
- Flanagin, Annette; Carey, Lisa A.; Fontanarosa, Phil B.; et al., «Prevalence of Articles With Honorary Authors and Ghost Authors in Peer-Reviewed Medical Journals», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 280, No. 3, 1998, pp. 222-224.
- Flower, Rod, «Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda», *Trends in Pharmacological Sciences*. Vol. 25, No. 4, April 2004, pp. 182-185.
- Fort, Meredith; Merger, Mary Anne y Gish, Oscar, *El negocio de la salud: Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2006.
- Gagnon, Marc-André; Lexchin, Joel, «The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States», *PLoS Medicine*, Vol. 5, No. 1, 2008.
- George, Susan, *Breve Historia Del Neoliberalismo: veinte años de economía de elite y las oportunidades emergentes para un cambio estructural*, Conferencia sobre Soberanía Económica en un Mundo Globalizado, Bangkok, marzo 24-26, 1999. (Consulta: Noviembre 2008). <http://www.ub.es/prometheus21/articulos/nautas/14.pdf>
- George, Susan, *Otro mundo es posible si...* Icaria, Barcelona, 2004.
- Gerth, Jeff and Stolberg, Sheryl G., «Medicine Merchants: Birth of a blockbuster; drug makers reap profits on tax-backed research», *New York Times*, 23 April, 2000.
- GlaxoSmithKline, *Facing the Challenge: Our contribution to improving healthcare in the developing world*, GlaxoSmithKline, Abril, 2001. (Consulta: Octubre 2008). http://www.gsk.com/community/downloads/facing_the_challenge.pdf
- Habbar, Anne-Christine and Guiraud Marie, *The WTO and human rights*, International Federation for Human Rights, N.º 320/2, November, 2001.
- Healy, David and Cattell, Dinah, «Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics», *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 183, 2003, pp. 22-27.
- Ismail, M. Asif, *A Record Year for the Pharmaceutical Lobby in '07 - Washington's largest lobby racks up another banner year on Capitol Hill*, The Center for Public Integrity, Washington, 2008. (Consulta: Diciembre 2008). <http://projects.publicintegrity.org/ix/report.aspx?aid=985>
- Lexchin, Joel, «Lifestyle drugs: issues for debate», *CMAJ*, Vol. 169, No. 10, May 15, 2001, pp. 1449-1441.
- Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights, Maastricht, January 22-26, 1997, norm 18. (Consulta: Enero 2009). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html
- Médicos Sin Fronteras, *Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales. Enfermedades olvidadas*. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.msf.es/proyectos/came/enfermedades/index.asp>
- Milward, Bob, *Globalisation? Internationalisation and monopoly capitalism. Historical Processes and Capitalist Dynamism*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2003.
- Ministerio de Salud de Brasil, *Brasilía decreta la licencia obligatoria del Efavirenz*, Brasilia, 4 de mayo de 2007.
- Ministerio de Salud de Brasil, *El Gobierno Brasileño decreta el interés público del Efavirenz - Nota conjunta del Ministerio de las Relaciones Exteriores y del Ministerio de Salud*, Brasilia, 25 de abril de 2007.
- Mintzes, Barbara, «Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?», *PLoS Medicine*, Vol. 3, No. 4, 2006.
- Moffatt, Barton and Elliot, Carl, «Ghost marketing: Pharmaceutical companies and ghostwritten journal articles», *Perspect Biol Med*, Vol. 50, No. 1, 2007, pp. 18-31.

- Movimiento por la Salud de los Pueblos, *Declaración por la salud de los pueblos*, PHA, Savar, 2001. (Consulta: 2008). <http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-spanish.pdf>
- Moynihan, Ray; Heath, Iona and Henry, David, «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering», *British Medical Journal*, Vol. 324, 2002, pp. 886-891.
- Navarro, Vincenc, «La lucha de clases a escala mundial» en *25 años de Neoliberalismo*, No. 8, 2007, pp. 71-88.
- Nera Economic Consulting, Federal trade commission – Department of justice workshop on merger enforcement non-price competition and innovation, Innovation market analysis after Genzyme-Novazyme, February 18, 2004. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.ftc.gov/bc/mergerenforce/presentations/040218rapp.pdf>
- Normand, Roger, «Separate and unequal: Trade and Human Rights Regimes», Background paper for *Human Development Report 2000*, PNUD, January 2000, p. 2. (Consulta: Enero 2009). <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/papers/normand2000.pdf>
- OMC, *Hoja Informativa: Los ADPIC y las patentes de productos farmacéuticos*, OMC, Septiembre de 2006, p. 3. (Consulta: Octubre 2008). http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/tripsfactsheet_pharma_2006_s.pdf
- OMS Cancer Facts (Consulta: Octubre 2008): <http://www.who.int/cancer/en/>
- OMS, Estado de la salud en el mundo; nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad. OMS, Ginebra, 27 Octubre 2008. (Consulta: Enero de 2009). <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/index.html>
- OMS, *The World Medicines Situation*, OMS, 2004.
- OMS, *Ten facts on neglected tropical diseases*. Control of Neglected Tropical Diseases (NTD). (Consulta: Octubre 2008). http://www.who.int/neglected_diseases/en/
- OMS y UNFPA, *Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano. Orientaciones normativas y programáticas para los países*, OMS, 2006, p. 1. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/hpvvaccines/text.pdf>
- Oxfam, *Cambodia's Accession to the WTO: How the law of the jungle is applied to one of the world's poorest countries*, Oxfam Policy Paper, 2003. (Consulta: Enero 2009). <http://www.ngoforum.org.kh/Development/Docs/Cambodia's%20Accession%20to%20the%20WTO.htm>
- Oxfam, *Nuestro futuro por la borda. Cómo socavan el desarrollo los tratados de comercio e inversiones entre países ricos y pobres*, Oxfam, marzo 2007.
- Oxfam, *Patentes contra pacientes: Cinco años después de la Declaración de Doha*, Oxfam, noviembre 2006.
- Oxfam, *Todo el dolor pero ningún beneficio: Las normas de propiedad intelectual ADPIC plus del TLC de EEUU con Jordania limitan el acceso a las medicinas*, Oxfam, abril 2007.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1996).
- Payer, Lynn, *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*, New York: Wiley & Sons, New York, 1992, p. 292.
- Pécoul, Bernard et al., «Access to essential drugs in poor countries: a lost battle?», *JAMA*, Vol. 281, No.4, 1999, pp. 361-367.
- Pipan, Anita, *Los derechos humanos y la OMC*, Ciudad Argentina, Buenos Aires, 2006.
- PHRMA, *The facts about pharmaceutical marketing and promotion*, Pharmaceutical Research and Manufactures of America, Washington DC, 2008, p.17. (Consulta: Octubre 2008). http://www.phrma.org/files/Marketing%20and%20Promotion%20Facts_071108_FINAL.pdf
- PricewaterhouseCoopers, *Pharma 2020: The Vision. Which Path will you take*, Pricewaterhousecoopers, 2007.
- PricewaterhouseCoopers, *Recapturing the vision: Restoring trust in the pharmaceutical industry by translating expectations into actions*, PricewaterhouseCoopers, 2006.
- PRNewswire, «2007/2008 Pharmaceutical R&D Factbook Published by CMR International is Now Available», *PRNewswire*, September 2004. (Consulta: Octubre 2008). <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=208101>
- Save the Children, *Estado mundial de las madres 2008*, Save the Children, Madrid, 2008.
- SEN, Amartya, *Development as freedom*. Oxford University Press, Oxford, 1999.
- Simons, John, «Blockbusters to the Rescue!», *CNN*, January 31, 2006. (Consulta: Enero 2009). http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune_archive/2006/01/23/8366988/index.htm
- Smith, Richard, «Medical Journals are an extension of the marketing arm of Pharmaceutical Companies», *PLoS Medicine*, Vol. 2, No. 5, 2005.
- Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Jordania* (2001).
- UNAIDS, *2008 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS, Geneva, 2008.
- UNAIDS, *A global view of HIV infection – Estimated adult HIV prevalence for countries in 2007*, OMS, July 2008. (Consulta: Octubre 2008). http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPrevalWallMap_GR08_en.jpg
- UNAIDS, *Brazil Epidemiological FactSheet on HIV and AIDS*, Core data on epidemiology and response, WHO, July 2008, p. 5. (Consulta: Octubre 2008). http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BR.pdf
- UNAIDS, *Key facts by region: 2008 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS, August 2008.
- UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2008: Supervivencia infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007.
- UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal*, UNICEF, Nueva York, Diciembre, 2008.
- VV.AA., *Entre el libre comercio y el comercio justo*, Coordinadora de ONG para el Desarrollo, Madrid, 2000.
- Weissman, Robert, «The Cipro Rip-Off», *The Multinational Monitor*, Vol. 22, No. 11, 2001. (Consulta: Octubre 2008). <http://multinationalmonitor.org/mm2001/01november/nov01front.html>
- Ziegler, Jean, *El Imperio de la vergüenza*, Taurus ediciones, Madrid, 2006.

Derechos de autor (Copyright)

Los derechos de autor de esta publicación pertenecen a la editorial Universidad de Deusto. El acceso al contenido digital de cualquier número del Anuario de Acción Humanitaria y Derechos Humanos (en adelante Anuario) es gratuito inmediatamente después de su publicación. Los trabajos podrán descargarse, copiar y difundir, sin fines comerciales y según lo previsto por la ley. Así mismo, los trabajos editados en el Anuario pueden ser publicados con posterioridad en otros medios o revistas, siempre que el autor indique con claridad y en la primera nota a pie de página que el trabajo se publicó por primera vez en el Anuario, con indicación del número, año, páginas y DOI (si procede). La revista se vende impresa Bajo Demanda.