

CONFLICTO DE VALORES EN LA INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA: ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y EL MERCADO*

Txetxu Ausín

Instituto de Filosofía

Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC, Madrid

ABSTRACT: *Million people live involved in the chronic circle of the disease and poverty and does not have access to the essential medicines that could alleviate or cure their diseases. The reason is double: the lack of research in diseases of the poorest (forgotten diseases) and the rigid system of pharmaceutical intellectual property (patents). Nevertheless, the right to primary health care and its corollary, the right to essential drugs, constitute the key of the fundamental and primary human right: the right to life. For that reason, the considerations of public health have to prioritize forehead to the logic of the market in the scope of the pharmaceutical investigation, looking for ways that promote the innovation and the companies' viability along with the drug development and distribution for the greater number of patients.*

KEY WORDS: *Health, Forgotten Diseases, Drugs, Pharmaceutical research, Patents, Human Rights.*

CONFLICT OF VALUES IN PHARMACEUTICAL RESEARCH: BETWEEN PUBLIC HEALTH AND MARKETS

RESUMEN: *Millones de personas viven atrapadas en el círculo crónico de la enfermedad y la pobreza y no tienen acceso a los medicamentos esenciales que podrían aliviar o curar sus enfermedades. El motivo es doble: la falta de investigación en enfermedades de pobres (enfermedades olvidadas) y el rígido sistema de propiedad intelectual farmacéutica (patentes). Sin embargo, el derecho a la atención sanitaria primaria y su corolario, el derecho a los medicamentos esenciales, constituyen la piedra angular del derecho humano fundamental y primario: el derecho a la vida. Por ello, han de primarse las consideraciones de salud pública frente a la lógica del mercado en el ámbito de la investigación farmacéutica, buscando fórmulas que estimulen la innovación y la viabilidad empresarial junto con el desarrollo y la distribución de fármacos para el mayor número de enfermos.*

PALABRAS CLAVE: *Salud, enfermedades olvidadas, medicamentos, investigación farmacéutica, patentes, derechos humanos.*

*El hombre es una medicina para el hombre
(Proverbio de Senegal)*

1. UN FANTASMA RECORRE EL MUNDO... POBRE: LA ENFERMEDAD

Las tres grandes plagas de nuestro tiempo, el SIDA, la tuberculosis y la malaria, afectan a más de 460 millones de personas en el mundo y se cobran 5,6 millones de vidas al año. Cada 30 segundos, el paludismo acaba con la vida de un niño. Por otro lado, enfermedades como la anquilostomiasis, la filariasis linfática, el gusano de Guinea, la "ceguera de los ríos", atacan inclementemente a millones de personas en los países pobres y en vías de desarrollo. El conjunto de estas enfermedades, las que causan más muerte y más sufrimiento en el mundo, son especialmente "selectivas" en sus objetivos¹.

Algunas de estas enfermedades se deben a parásitos, como el anquilostoma o los gusanos que causan la esquistosomiasis y la oncocercosis ("ceguera de los ríos"), y existen fármacos antiparasitarios eficaces. Sin embargo, éstos no protegen contra una reinfección que, inevitablemente, se produce por las malas condiciones de salubridad e higiene y la carencia de suministros limpios de agua. Así, millones de personas en el mundo permanecen atrapadas en el círculo crónico de la pobreza y la enfermedad.

Hasta aquí la descripción de una situación pavorosa que se ve agravada por el hecho de que dos mil millones de personas no tienen acceso regular a los medicamentos esenciales que les podrían salvar la vida o mejorar su calidad ampliamente. Y en cuanto a la asistencia médica, las ratios también son estremecedoramente elocuentes: 50.000 habitantes por médico en el África subsahariana, frente a los 220 en Holanda, pasando por los 400 en Australia, los 900 en Brasil y los 1.700 en la India.

Este cuadro de la vergüenza constituye el marco de nuestra reflexión sobre la investigación farmacéutica y los problemas para el acceso universal a los medicamentos esenciales.

De entrada, son varios los obstáculos que surgen para un acceso generalizado a los medicamentos esenciales que, como hemos indicado, podrían salvar la vida de muchísimas personas y mejorar notablemente su bienestar. Algunos podemos calificarlos de problemas "externos", ya que se refieren al proceso de producción, distribución y aplicación de los fármacos y pueden englobarse bajo el epígrafe general de "problemas de corrupción". Otros atañen directamente a la investigación farmacéutica y a la apropiación de sus resultados: son las "enfermedades huérfanas" y el sistema de patentes.

2. LA CORRUPCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

La corrupción en el sector de la salud asciende a tres billones de dólares al año y, si bien la mayoría de los empleados del sector desempeñan sus funciones con diligencia e integridad, hay evidencia de sobornos y fraudes en los servicios de salud, desde pequeños robos y extorsiones a distorsiones masivas de la política y la financiación alimentadas por comisiones ilegales a funcionarios, tal y como ha denunciado en un reciente informe la organización Transparencia Internacional². Este fenómeno se agudiza en los países en desarrollo, donde el riesgo de muerte es mayor por estas prácticas y donde los mecanismos de control de la gestión pública son débiles, hasta el punto que representantes gubernamentales y ciudadanos entrevistados por el Banco Mundial identificaron el sector de la asistencia sanitaria como el más corrupto, por delante de las aduanas y la policía³. No obstante, la corrupción también está a la orden del día en los países desarrollados; recuérdese, por ejemplo, el caso de 19 pacientes italianos que fallecieron por válvulas cardíacas defectuosas; los dos médicos involucrados estaban recibiendo pagos de compañías que fabrican y suministran ese equipamiento. La incompetencia y la corrupción no son privilegios únicamente de los países pobres, como recoge el mencionado informe de Transparencia Internacional.

Existen varias modalidades de corrupción en los sistemas de prestación sanitaria:

- La explotación privada de recursos públicos.
- Los sistemas de compra y suministros poco claros.
- Los aranceles por servicios gratuitos y los gravámenes altos a las medicinas y al equipamiento sanitario. Los aranceles pueden llegar a ser del 18,3% en Marruecos y de más del 50% en Irán; asimismo, Sudáfrica impone un impuesto de venta del 14% sobre todas las medicinas.
- La malversación de fondos públicos que, en los países pobres, proviene especialmente de ayudas externas⁴.
- Técnicas de mercadotecnia agresivas de las empresas farmacéuticas para "comprar" el apoyo de médicos a medicamentos específicos. Por ejemplo, médicos de USA recibieron pagos de 400.000 dólares por consultas durante ocho días de trabajo.
- Las falsificaciones y productos subestándar, que presentan poca o ninguna atención a las buenas prácticas en la fabricación.

Ante esta situación, se recomienda la transparencia como elemento fundamental para evitar la corrupción en los sistemas de salud:

- Los donantes y gobiernos beneficiarios de asistencia deberían garantizar un fácil acceso a la información sobre proyectos, presupuestos y políticas de salud.
- Los presupuestos deberían estar disponibles para todo el público a través de Internet y sometidos a auditorías independientes.
- Los trabajadores de la salud y las compañías proveedoras también deberían aplicar códigos de conducta y someterse a entrenamiento contra la corrupción.
- Establecer normas sobre conflictos de intereses y habilitación de licencias para ejercer profesiones sanitarias.
- Los procedimientos de compra de suministros deben ser competitivos, abiertos y transparentes.
- Aplicación rigurosa de las leyes acompañada de normas de protección a los denunciantes de irregularidades.

Como se recogía en el mencionado *Informe sobre la Corrupción 2006*, el precio de la corrupción en los servicios de salud se paga con el sufrimiento humano:

La corrupción socava la confianza del público en la comunidad médica. Las personas tienen derecho a esperar que los medicamentos de los cuales dependen sean auténticos. Tienen derecho a creer que los médicos ponen el interés de los pacientes por encima de sus propios beneficios. Y por

encima de todo, tienen derecho a creer que la industria de los servicios de salud está pensada para curar, no para matar". (David Nussbaum, Director Ejecutivo de Transparencia Internacional.)

3. LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS

Ya hemos hablado del enorme impacto que enfermedades como la anquilostomiasis, el gusano de Guinea, la oncoscrosis, la malaria, el SIDA o la tuberculosis tienen sobre millones de personas. Sin embargo, muchas de ellas han sido abandonadas por la medicina moderna.

Si en los años sesenta del siglo pasado se acuñó el término "medicamentos huérfanos" para referirse a fármacos potencialmente útiles y efectivos pero no disponibles en el mercado por no ser lucrativos o ser usados en enfermedades "raras" y minoritarias, hoy se ha extendido el concepto para aplicarlo a la carencia de investigación y medicamentos para tratar enfermedades preponderantes en los países pobres.

Esta "orfandad" es doble. Por un lado, se refiere tanto a la distribución de medicamentos ya existentes pero que han desaparecido del mercado porque no son rentables comercialmente, dada su escasa o nula utilización en los países desarrollados. El caso de la tuberculosis es representativo de esta situación. Se trata de una enfermedad causada por bacterias y que tiene cura desde el descubrimiento de los antibióticos. Prácticamente erradicada en los países desarrollados, en el mundo en desarrollo es un problema de enormes proporciones y que sigue en aumento, afectando a más de 14,5 millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, empresas farmacéuticas como Bayer disponen de nuevos antibióticos, como el moxifloxacina, muy efectivo contra la tuberculosis, pero que la empresa busca comercializar para combatir la neumonía, ya que el tratamiento para la tuberculosis no genera beneficios. Se da el caso así, como denunciaba Richard Chaisson, profesor de Salud Pública de la Universidad John Hopkins, de que un fármaco efectivo y disponible contra una enfermedad que afecta a millones de personas, se encuentra en el almacén de una compañía farmacéutica⁵.

Por otro lado, se ha producido un insuficiente y casi abandono de la I+D para nuevos medicamentos y trata-

mientos de enfermedades de pobres, como algunas de las mencionadas, en la medida en que afectan a poblaciones con bajo poder adquisitivo. De este modo, la investigación y el desarrollo se orientan hacia una producción que maximiza por encima de todo los beneficios, sin entrar en consideraciones de salud pública mundial, tan sangrantes como el enorme número de afectados por dolencias como la malaria o la anquilostomiasis.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud en 1996 indicaba que menos de un 10% de la investigación sanitaria, tanto pública como privada, se dedica a las enfermedades que afectan a más del 90% de la población mundial (la conocida como "brecha 10/90"). El dato no se ha modificado un ápice: Un estudio aparecido en mayo de 2006 en *The Lancet* concluyó que sólo un 1,3% de las 1.556 medicinas nuevas desarrolladas entre 1975 y 2004 fueron tratamientos para estas enfermedades olvidadas.

Además, como han denunciado especialistas en salud pública, muchos medicamentos no se adaptan a las condiciones de trabajo en los países destinatarios. Aparte de ser caros, sobre lo que volveremos más adelante, resultan largos, complejos y, además, pueden requerir recursos materiales de los que se carece (como frigoríficos para conservación, equipamiento sanitario especializado, etc.).

Algunos [medicamentos para enfermedades tropicales] son muy tóxicos, por ejemplo el que se utiliza en el tratamiento de la enfermedad del sueño es un derivado del arsénico que puede matar a uno de cada 20 pacientes. Es un riesgo inaceptable en el siglo XX. (Bernard Pécoul, director ejecutivo de Drugs for Neglected Diseases initiative DNDi, *El País* 18-04-2006.)

4. EL SISTEMA DE PATENTES

También sucede que hay males que afectan tanto a los países desarrollados como a los países pobres, para los cuales las empresas farmacéuticas desarrollan productos y tratamientos (típicamente, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes). Un caso paradigmático es el SIDA, que en los países desarrollados se ha "cronificado", de modo que los nuevos medicamentos han permitido a los afectados vivir más y mejor. La cruz de la moneda es el alto coste

de estos tratamientos, sometidos a régimen de patente e inaccesibles en los países pobres –donde se concentran ahora la mayoría de los enfermos (9 de cada 10 afectados por el SIDA viven en África, Asia y Latinoamérica).

Las patentes fijan la irreproducibilidad de un procedimiento o una fórmula, estableciendo una situación de monopolio y de explotación unilateral, normalmente durante al menos 20 años. Esto permite a las empresas fijar los precios de esos productos de modo unilateral, lo que ha convertido al sector farmacéutico en uno de los más rentables y prósperos de la economía mundial, hasta el punto de que la industria farmacéutica obtiene más beneficios que cualquier industria legal del mundo, y el valor combinado de las "cinco grandes" empresas farmacéuticas es superior al PIB de toda el África subsahariana.

Los Acuerdos de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (OMC-ADPIC) certificaron en 1994 esta protección de las patentes de los medicamentos y de sus respectivos procesos de producción. Esto último no es baladí pues, como recordaba el escritor John Le Carré:

Un compuesto puede tener una docena o más de patentes. Se patenta el proceso de fabricación. Se patenta el método de administración: pastillas, líquido o suero. Se patenta la dosificación, que puede ser diaria, semanal o quincenal: cada una puede generar otra nueva patente. Se patenta, si es posible, cada paso insignificante en la vida del fármaco, desde el laboratorio hasta el paciente. Y, por cada día que la compañía logra mantener a raya al fabricante de genéricos, gana una fortuna, porque el margen de beneficios, mientras tiene la patente en sus manos, es astronómico. (John Le Carré, "El Gran Farma", *El País* 18-02-2001)⁶.

En el caso de los medicamentos esenciales, las patentes limitan extraordinariamente su acceso, por la elevación de sus precios y por la promoción de líneas de investigación y producción centradas exclusivamente en enfermedades "rentables".

Normalmente, se aducen modificaciones (pequeñas y no relevantes en realidad) para ampliar y perpetuar las patentes de los medicamentos e impedir la fabricación de genéricos –según un informe de la Alianza Farmacéutica India de los 7.000 "nuevos" productos presentados entre

1995 y 2005 sólo 250 eran realmente nuevos⁷. Más aún, los obstáculos a la producción de medicamentos genéricos se completan con las políticas de exclusividad de datos, que consisten en el impedimento a otras compañías para utilizar los resultados de las pruebas ya existentes a la hora de demostrar que sus medicamentos son equivalentes a los patentados; prohibición de 5 años en USA y de 10 años en la UE. Esta limitación implica que deben repetirse innecesariamente pruebas clínicas, retrasando y elevando el coste de los medicamentos genéricos.

Un ejemplo reciente de esta presión contra los medicamentos genéricos ha sido el proceso de la multinacional Novartis contra India en el caso del medicamento Glivec, un fármaco crucial para los pacientes que sufren leucemia, tumores estomacales y otras afecciones. Según la sección 3(d) de la Ley India de Patentes, los medicamentos que existían con anterioridad a 1995 o son modificaciones de medicamentos existentes, no pueden obtener una patente. Esto ha permitido a las empresas indias continuar produciendo versiones genéricas del medicamento por 2.700 dólares USA al año, frente a la versión patentada de Novartis con un precio aproximadamente diez veces mayor (27.000 dólares USA al año). Un tribunal de Chennai, India, ha desestimado la petición de la multinacional recientemente. También Pfizer acaba de perder un juicio similar: Como Novartis en India, Pfizer quiso impedir que otro laboratorio produjera un derivado (una sal) de un fármaco propio, el amlodipino, componente básico del fármaco Norvasc. Las autoridades de USA no le han dado la razón.

5. EL CONFLICTO ENTRE MERCADO Y SALUD PÚBLICA

No cabe duda de que el origen del problema del acceso a los medicamentos esenciales se encuentra en la doble condición de los mismos. Por una parte, en tanto que mercancía y producto industrial, sometido a régimen de propiedad intelectual e industrial, objeto de comercialización, con un concreto y muy rentable valor de cambio y sustento, como hemos dicho, de una de las más florecientes industrias a nivel mundial, la químico-farmacéutica.

Por otra parte, en tanto que bien público y social, como elemento indispensable para cualquier programa de sa-

lud pública dirigido a reducir la morbilidad y mortalidad, especialmente en los países en desarrollo, como herramienta para el tratamiento de enfermedades y dolencias, vinculado al ejercicio de derechos fundamentales como la atención sanitaria y, por ende, la vida.

Atendiendo al valor de la propiedad (intelectual e industrial), se suele aducir que las compañías farmacéuticas han realizado una enorme inversión para que un producto farmacéutico salga al mercado. No sólo financiando investigaciones, sino también costosas pruebas, ensayos clínicos, preclínicos, autorizaciones, etc. etc. Escasamente 1 molécula de cada 100.000 que se ensayan tiene posibilidades de servir de fármaco por lo que el coste de sacar un nuevo fármaco al mercado es muy elevado. Y sin embargo, las farmacéuticas han proporcionado unos productos que antes no existían, prestando un servicio público a la sociedad, del que se beneficia mucha gente. Por todo esto, es razonable y justo que exista un régimen de propiedad (las patentes) que permita a estas empresas recuperar y rentabilizar las inversiones y el esfuerzo realizado ya que estas fórmulas y sus procesos constituyen el principal activo de estas empresas. Si suprimimos este sistema de propiedad intelectual e industrial, estamos expropiando a las farmacéuticas del mismo modo que si a una empresa le expropiaran su maquinaria o sus instalaciones. En definitiva, las patentes constituirían el principal motor de innovación y creatividad para el sector farmacéutico que garantiza que la explotación del producto cubrirá los enormes gastos en I+D. En última instancia, se aduce que si los fármacos no fueran desarrollados por las farmacéuticas, no existirían. Más aún, no sólo el derecho a la propiedad privada está reconocido como un derecho humano (art. 17 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948) sino que, más específicamente, el artículo 15.1c del Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 reconoce la protección del *copyright*: "Beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora".

Vamos a analizar ahora los argumentos de ambos cuernos del dilema, empezando por los últimos, referidos al valor de los fármacos como mercancía.

5.1. Limitaciones al derecho de propiedad y a las patentes

En la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 ya se recogía la propiedad como un derecho sagrado e inviolable pero se permitía la expropiación mediante una indemnización justa y previa cuando así lo exigiera la necesidad pública. Igualmente, en nuestros días, puede decirse que el derecho de propiedad privada es una libertad típica, reconocida en declaraciones, pactos y convenios internacionales de derechos humanos, pero que no es absoluta; está sujeta a impuestos, limitada por cuestiones de salud pública y medioambientales, restringida por la disponibilidad forzosa de terreno para usos de interés general, etc. Así, el Primer Protocolo del Convenio Europeo de Derechos Humanos dice en su artículo 1: "Nadie podrá ser privado de su propiedad más que por causa de utilidad pública y en las condiciones previstas por la Ley y los principios generales del derecho internacional. Las disposiciones precedentes se entienden sin perjuicio del derecho que poseen los Estados de poner en vigor las Leyes que juzguen necesarias para la reglamentación del uso de los bienes de acuerdo con el interés general o para garantizar el pago de los impuestos u otras contribuciones o de las multas".

No cabe duda de que la empresa privada es un instrumento esencial para proveer de bienes de interés público a la sociedad, como son el transporte, la alimentación, la educación, ... o los medicamentos. Pero precisamente, al gestionar bienes de interés público, están sometidas a la acción política que se ocupa de las necesidades de la gente en dichas materias y no podrán hacer lo que les venga en gana para obtener una maximización de la rentabilidad –ya hemos mencionado los enormes beneficios netos de las corporaciones farmacéuticas. Por ello, en la mayoría de los países existen controles de la actividad privada en sectores de interés general e incluso servicios de ese tipo están gestionados por empresas estatales y públicas (piénsese, por ejemplo, en el transporte público en muchas ciudades, en los sistemas de canalización y distribución de agua potable, en la construcción y gestión de vías de comunicación, etc.). En España, como en otras autodenominadas "economías sociales de mercado", se contemplan explícitamente esos límites a la propiedad privada, como hace la Constitución de 1978 en su artículo 128: "1. Toda la riqueza del país en sus distintas formas y sea cual fuere

su titularidad está subordinada al interés general. 2. Se reconoce la iniciativa pública en la actividad económica. Mediante ley se podrá reservar al sector público recursos o servicios esenciales, especialmente en caso de monopolio y asimismo acordar la intervención de empresas cuando así lo exigiere el interés general". Es decir, ni el derecho de propiedad es irrestricto ni la empresa privada es el único medio para proveer de productos y servicios esenciales a la población.

Esta limitación de los derechos de propiedad está reconocida por las propias reglas de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Si bien los ADPIC supusieron la protección de las patentes sobre los medicamentos y sus respectivos procesos de producción, la Declaración de Doha (2001), ratificada por los 142 países adscritos a la OMC, reconoció que los ADPIC pueden y deben ser interpretados y puestos en práctica de manera que apoyen el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso de todos a los medicamentos. De este modo, se apoyaba la tesis que sostendremos aquí, la de la prioridad del derecho al cuidado sanitario frente al derecho de propiedad representado por las patentes. Precisamente, la Declaración de Doha propugnaba un mayor período de transición de los países menos desarrollados para otorgar patentes farmacéuticas y dos mecanismos de flexibilización de los ADPIC: la licencia obligatoria y la importación paralela.

La licencia obligatoria (art. 31 de los ADPIC) es una salvaguarda que permite a un gobierno levantar la protección de una patente, sin el consentimiento del propietario, otorgando licencia para que empresas locales produzcan el medicamento o éste se importe de terceros países en forma de genérico. Se trata de una cláusula incluida por la mayoría de los países en sus legislaciones nacionales sobre patentes.

La importación paralela (art. 6 de los ADPIC) autoriza a procurar el medicamento de marca más barato en el mercado global.

Sin embargo, los acuerdos de Doha han venido incumpléndose sistemáticamente: Desde países con una poderosa industria químico-farmacéutica, como USA, se ha impulsado la firma de convenios bilaterales (ADPIC plus - Tratados de Libre Comercio, *sic*) que establecen normas de propiedad

intelectual más estrictas, otorgando mayor protección a las patentes farmacéuticas y, consecuentemente, provocando un retraso en la disponibilidad de genéricos. Por ejemplo, USA está presionando a Tailandia para acordar un Tratado de Libre Comercio que endurezca las normas de propiedad intelectual, poniendo en peligro el exitoso, según el propio Banco Mundial, programa nacional de Tailandia para el tratamiento del SIDA, que ha conseguido proporcionar medicamentos a bajo precio al 90% de la población que lo necesita.

Estas políticas han sido denunciadas en el Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre propiedad intelectual, innovación y salud pública de abril de 2006⁸. Allí se afirma que la OMS debería ayudar a los países a aplicar los ADPIC y facilitar el uso de las licencias obligatorias y de la importación de fármacos producidos bajo esas licencias cuando los países no cuenten con la suficiente capacidad de fabricación –según decisión de la propia OMC, incorporada a los ADPIC en diciembre de 2005. Hasta hace muy poco ningún país se había atrevido a utilizar esta salvaguarda; Brasil abrió la veda en 2007 cuando decidió romper la patente del Efavirenz, un medicamento para tratar el SIDA producido por el laboratorio Merck Sharp & Dhome. Para ello adujo razones de salud pública ante la crisis sanitaria que supone la galopante extensión del SIDA en Brasil; y ello a pesar de las enormes presiones recibidas en contra⁹.

Precisamente, el informe de la OMS sobre propiedad intelectual ha destacado que los ADPIC no han promovido de manera significativa la I+D farmacéutica pues, si bien ha aumentado el gasto de la industria farmacéutica, la innovación ha disminuido, con un descenso del número de nuevas moléculas químicas y el aumento de los medicamentos "yo-también" (*me-too*) –fármacos que, como hemos dicho, son ligeras modificaciones de otros ya existentes.

En otro orden de cosas, podemos reconocer que es legítimo recuperar los costes que las empresas farmacéuticas realizan para desarrollar un nuevo fármaco. Lo es también obtener un beneficio por el riesgo y la inversión realizada. No lo es en cambio maximizar de forma abusiva ese beneficio a costa de la salud pública de millones y millones de personas.

En primer lugar, recuperar los costes de la investigación no es el objetivo de las empresas farmacéuticas, sino

rentabilizar al máximo sus productos, aunque sea patentando cada paso, cada elemento del proceso de producción y comercialización, aunque sea introduciendo mínimas modificaciones no esenciales en sus productos para perpetuar las patentes y dificultar así el libre acceso a los medicamentos, como hemos comentado ya. Más aún, estudios independientes confirman que el gasto de sacar al mercado "nuevos" medicamentos no es tan elevado como aducen las compañías farmacéuticas; por ejemplo, no suelen incluir en esa contabilidad las múltiples y generosas deducciones fiscales que estas empresas reciben por dedicarse a la investigación y el desarrollo¹⁰.

En segundo lugar, es un sarcasmo que las multinacionales farmacéuticas aleguen que la fabricación de genéricos, las importaciones paralelas y las licencias obligatorias ponen en riesgo la investigación farmacéutica y su propia viabilidad empresarial, amenazando incluso con despidos y cierre de instalaciones. Basta con señalar que, de hecho, la industria farmacéutica gasta más inversiones en publicidad y relaciones públicas (*lobby*)¹¹ que en la propia investigación; aproximadamente un 30% de sus ingresos se invierten en marketing y administración. Según un estudio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, los fabricantes de fármacos de marca en USA emplean un 81% más de personal en sus departamentos de comercialización que en los de I+D. Y a mayor inversión en publicidad, más alto es el precio de los medicamentos. –Todo esto sin entrar a valorar las técnicas publicitarias utilizadas por las empresas farmacéuticas, agresivas, manipuladoras, poco veraces y tendentes a la "medicalización" de la vida cotidiana¹². Además, la mayor parte de publicaciones sobre salud subsisten gracias a la abundancia de beneficios procedentes de los anuncios; por ejemplo, al *Journal of the American Medical Association* le proporcionan siete millones de dólares al año.

En tercer lugar, hay que señalar que muchas de las innovaciones que se atribuye la industria farmacéutica son producto de años y años de investigación básica y aplicada realizada en instituciones públicas de investigación, como las universidades, financiadas con fondos públicos y cuyos beneficios finales sólo contribuyen a incrementar las cuentas de resultados de esas grandes empresas, en detrimento de su rentabilidad social, universal y pública. Así que, en el complejo proceso de investigación e inno-

vación, la industria farmacéutica debe mucho de su éxito a la inversión pública.

En cuarto lugar, hay estudios sociales de la ciencia y la tecnología que indican que el sistema de patentes está frenado el flujo de conocimiento y, en ese sentido, supone una rémora para la investigación y la innovación en vez de un estímulo¹³. Así lo constata también el premio nobel de economía Joseph Stiglitz para quien el problema con el sistema de patentes es la limitación del uso del conocimiento¹⁴. La utilización estratégica de las patentes para impedir o retrasar la competencia de los genéricos ha llevado a los ya mencionados fármacos "yo-también", que buscan la renovación de patentes mediante variaciones minúsculas o triviales de los productos existentes. Como reconoce Carlos Correa, uno de los miembros de la comisión de la OMS sobre propiedad intelectual, el sistema de patentes no juega un papel significativo en el acceso a los medicamentos que los pobres necesitan ya que sólo sirven cuando hay mercados que puedan dejar beneficios.

En un reciente *Workshop* dedicado a la innovación y las patentes¹⁵, la conclusión general de los expertos fue que el régimen de patentes provoca, contrariamente a su intención inicial, el aumento de los costes que supone la innovación, reduciendo los incentivos para invertir en la misma y, por tanto, disminuyendo el nivel de innovación a nivel colectivo. Si atendemos al conocimiento como un valor fundamental de capital humano, los derechos sobre la propiedad intelectual son una barrera para la circulación de este capital en el mercado. En definitiva, cuando las barreras de circulación del conocimiento son menores, aumenta el nivel de innovación. Por el contrario, desde que se fortaleció el sistema de patentes, ha aumentado la inversión en patentes pero este incremento no está acompañado de un aumento similar en la inversión en I+D.

The main rationale for intellectual property relies on the thesis of the incentive to create. Creators and inventors are economic agents attracted by the returns they expect from their effort. This depiction is practical, but does not give due weight to the complexity of knowledge production. This work does not contest the potential benefit of the opportunity for creators and inventors to reap some profit from their work. Rather, it considers the idiosyncratic nature of knowledge, which is simultaneously input, output and productive technology, and is closely linked to the social

dimension. This provides further insight into the production process and suggests a significantly different framework for policy. More specifically, because of the increasing returns governing creative technology, the efficiency criterion used to guide the economic choice calls for weak intellectual property rights, thus preserving wide access to knowledge. A stronger appropriation regime would significantly impair the total outcome of the creative processes. Interestingly, this appears to apply equally from a social justice perspective, perhaps in an effortless solution to the age-old trade-off between economic efficiency and social justice. (G. B. Ramello, 2007)¹⁶.

5.2. El derecho humano a los medicamentos esenciales

Aunque pueda parecer ocioso recordarlo, el derecho a la asistencia sanitaria y al cuidado de la salud es un precepto recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25, y desarrollado en el Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (art. 12):

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Ya hemos analizado en otro lugar la importancia de los derechos sociales¹⁷, como la atención sanitaria primaria, en el marco general de los derechos humanos, en línea con la doctrina de las Naciones Unidas sobre la indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos, civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Pero en el caso del cuidado sanitario, su relevancia es aún más evidente y palmaria –como lo muestran claramente todas las encuestas y los sondeos de opinión pública que recogen que el servicio público de mayor interés para las personas

es la sanidad, por delante de la vivienda, la educación y la seguridad.

Más aún, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha interpretado el derecho a la vida reconocido en el artículo 6 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966 en un sentido amplio, que incluye la atención sanitaria primaria:

Por otra parte, el Comité ha observado que el derecho a la vida se ha interpretado demasiado a menudo de modo restringido. La expresión "derecho inherente a la vida" no se puede entender correctamente de una manera restrictiva, y la protección de este derecho requiere que los Estados adopten medidas positivas. A este respecto, el Comité considera que sería deseable que los Estados Partes tomen todas las medidas posibles para reducir mortalidad infantil y para aumentar la esperanza de vida, especialmente adoptando medidas para eliminar la desnutrición y las epidemias. [Comentario General número 6 (30/04/1982): El derecho a la vida, art. 6].

En primer lugar, el cuidado sanitario constituye una necesidad básica, fundamental y prioritaria; lo que precisamos para sobrevivir, para evitar el daño y para funcionar adecuadamente, garantizando una mínima calidad de vida que es necesaria para la autorrealización humana, independientemente de las diferentes concepciones personales de la vida buena. En segundo lugar, la atención sanitaria está vinculada a una serie de "capacidades funcionales", usando la terminología de Martha Nussbaum y Amartya Sen¹⁸, como la vida, la salud y la integridad corporal, cuya deficiencia supone no sólo deterioro físico sino también privación de libertad real, incapacidad para elegir y disminución de posibilidades. Así, salud y libertad están vinculadas en la medida en que se precisan unas condiciones dignas y suficientes que hagan posible el ejercicio de la libertad y la misma acción humana¹⁹. En tercer lugar, puede afirmarse –como hacen algunos juristas– que el derecho a la atención sanitaria primaria es un derecho con personalidad jurídica propia, universal y, por tanto, exigible y sujeto a protección jurídica, del que es titular el individuo, destacándose así el valor individual que tiene el cuidado de la salud, aparte de su valor social²⁰.

Dicho todo esto, no cabe ninguna duda de que los medicamentos esenciales son la base para cualquier programa

de salud pública dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad, especialmente en los países en desarrollo. Esto es, el acceso a los medicamentos esenciales es un derecho humano fundamental en la medida en que es un corolario del derecho humano a la atención sanitaria primaria y, por lo tanto, constituyen un bien público a nivel mundial. Así, la Conferencia de Alma-Ata sobre la atención sanitaria primaria incluyó el suministro de medicamentos esenciales entre las actividades comprendidas en el derecho humano fundamental al cuidado de la salud (art. VII, Declaración de Alma-Ata, 1978, OMS/UNICEF):

Comprende [la atención sanitaria primaria], cuando menos, las siguientes actividades:

- la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes;
- y el suministro de medicamentos esenciales.

5.3. La prioridad de la salud pública frente a la propiedad

Llegados a este punto nos vemos obligados a recapitular sobre el conflicto de valores que se concreta en el caso de los medicamentos. Un conflicto que se refiere, por un lado, a su condición de productos industriales, de mercancías, sujetas a un régimen de mercado y a reglas comerciales; por el otro, como acabamos de comentar, los medicamentos están indefectiblemente unidos al derecho humano a la asistencia sanitaria primaria y constituyen, por ello, un bien público esencial. Dicho de otro modo, cabe preguntarse si la salud pública y la investigación farmacéutica pueden estar únicamente sometidas a intereses comerciales, como una mera extensión del mercado, sin atender, en definitiva, al derecho humano a la

asistencia sanitaria y a criterios de justicia distributiva internacional.

La respuesta ya se ha dejado entrever en los párrafos precedentes pues, como interpreta el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el derecho más fundamental, más básico, más incontrovertible, el derecho a la vida, nada es sin unas condiciones de atención sanitaria básicas. Condiciones cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (art. 1, Declaración de Alma-Ata, 1978, OMS/UNICEF). Esto es, el derecho al cuidado sanitario depende no sólo de la intervención en el ámbito estricto de la salud sino también, como hemos visto, en lo que se refiere a la investigación biomédica y farmacéutica así como en recursos alimenticios, agua potable, medio ambiente, educación, etc. La conferencia de la OMS sobre promoción de la salud (Ottawa, 1986) destacaba las condiciones y recursos que son requisitos previos necesarios para la salud: paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, una economía estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Más aún, desde una posición egoísta y autointeresada, la investigación y producción farmacéutica en enfermedades olvidadas empieza a ser una exigencia para los mismos países desarrollados, donde el fenómeno imparable de los movimientos migratorios está provocando la aparición de enfermedades típicas de países pobres o que ya se consideraban erradicadas, como es el caso de la tuberculosis.

En definitiva, la prevalencia de la salud pública frente a una investigación y producción farmacéutica únicamente centrada en el mercado constituye una cuestión política de índole global, ya que la salud es un fenómeno social cuyos determinantes no pueden separarse de otros factores sociales y económicos. La salud es un proceso social y político complejo que requiere la toma de decisiones no sólo a escala sectorial, como ha mostrado la decisión de Brasil. Por ello, la bioética no puede obviar por más tiempo las cuestiones medioambientales y de justicia global²¹.

La falta de conocimientos científicos no es el obstáculo más importante para el desarrollo de medicamentos: se sabe más sobre biología, inmunología y genética de la leishmania y los tripanosomas que de ningún otro parásito. La laguna tampoco está en la tecnología, que se ha beneficiado enor-

memente de los adelantos recientes. Al parecer, el mayor obstáculo para que este conocimiento se traduzca en un beneficio real para los pacientes es de índole política (Zumla 2004, pp. 29-30).

Desde este enfoque, una bioética para el mundo contemporáneo deber propiciar la confluencia de las dos interpretaciones clásicas de esta disciplina, la restringida al ámbito de la medicina (Hellegers) y la más global-ambiental (Potter), en la medida en que ambas acaban considerando la interconexión entre las cuestiones de salud pública y las de bienestar individual. En este contexto, la bioética ha de experimentar una necesaria "politización" en tanto en cuanto la injusticia subyace a la enfermedad y, en consecuencia, su tratamiento requiere decisiones políticas en un entorno global²². Por ello, la bioética ha de reforzar el olvidado principio de justicia como una precondition para los demás principios bioéticos clásicos (no-maleficencia, beneficencia y autonomía), a riesgo de convertirse en una "bioética de ricos" centrada en los últimos avances biotecnológicos y en una medicina del deseo²³. Si atendemos al asunto que aquí nos ocupa, la economista norteamericana Jean O. Lanjouw lo expresa de manera sencilla y clara:

Building health infrastructure in poor countries will never be easy; it will take time and sizeable resources. Improving the patent system just takes political will. (Lanjouw 2003)²⁴.

6. RETOS Y PROPUESTAS PARA LA INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA

La situación descrita hasta aquí ha mostrado a una industria farmacéutica centrada en las enfermedades rentables y anclada en un rígido sistema de patentes que ni facilita la innovación, ni promueve el acceso a los medicamentos esenciales que necesitan los programas de salud pública, especialmente en los países en desarrollo²⁵. Ante este panorama, ya hemos defendido la prioridad del valor de la salud pública, del derecho a la asistencia sanitaria básica, frente al valor del mercado y a los derechos de propiedad intelectual e industrial. Sin embargo, cabe ir más allá y preguntarse cómo conciliar la rentabilidad empresarial de las farmacéuticas, necesaria para su viabilidad, con las políticas de salud pública en los países en desarrollo; cómo

promover la investigación y la innovación, especialmente en lo que se refiere a las enfermedades olvidadas²⁶. Ya se están proponiendo algunas estrategias para alentar la investigación más allá del sistema actual de patentes que, en todo caso, no sería reemplazado sino complementado y modulado, atendiendo a los criterios de salud pública e interés general antes comentados.

6.1. Políticas de precios equitativos

Un principio elemental de justicia y proporcionalidad exigiría que los precios de los medicamentos no fueran iguales en todos los países. Los precios deberían ser similares entre los países con unos patrones de demanda similares y parecidos niveles de renta. En consecuencia, los países pobres deberían pagar, como mucho, precios próximos al coste marginal o, incluso, recibir los fármacos de modo gratuito²⁷.

Subyace a este principio una idea de "proporcionalidad" de modo que situaciones de hecho profundamente dispares y diferentes, como las que se dan entre los países desarrollados y los países pobres, han de recibir también tratamientos distintos. En términos de la teoría política de algunos epígonos de John Rawls (como Charles Beitz, Brian Barry o Thomas Pogge)²⁸, no cabe sino extender el principio rawlsiano de diferencia a nivel global: "se debe procurar el máximo beneficio de los miembros menos favorecidos de una sociedad", más allá de las fronteras del estado-nación. Las oportunidades básicas en la vida de una persona no deberían quedar a merced del hecho de haber nacido en un determinado país; un hecho contingente equiparable a la clase, la familia, la riqueza, la raza o el género.

En definitiva, el precio de los medicamentos ha de ser asequible para una población pobre y para el sistema de salud que los sirve, atendiendo a un elemental principio de equidad que busca una "distribución" del bienestar entre el mayor número de personas y países.

En esta línea se enmarca la propuesta de Jean O. Lanjouw y William Jack de modificar las legislaciones de patentes de los países desarrollados de modo que las empresas, a cambio de tener protegida la patente de fármacos que afectan tanto a ricos como a pobres (enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes) en los mercados desarrollados, renuncian a ella en los países con una renta per cápita baja

–por ejemplo, inferior a mil dólares al año–, permitiéndose la producción e importación de medicamentos genéricos²⁹. Esto permite mantener los incentivos para desarrollar nuevos fármacos, en la lógica coste-beneficio que supone el sistema de patentes y que algunos consideran crucial para desarrollar la investigación farmacéutica.

The pharmaceutical industry wants above all to protect its rights in developed economies, and it would like to see effective protection evolve in poorer countries as they grow into more attractive markets. Making profits in the poorest countries are simply not an industry objective. For their part, the development community is primarily concerned with keeping drug prices low in the poorest countries. These are not opposing objectives (Lanjouw 2003).

6.2. Estímulo de la investigación para las enfermedades huérfanas

Ya hemos dicho que las limitaciones establecidas por el régimen de patentes no son el único obstáculo para el acceso a los medicamentos esenciales de la mayoría de la población mundial. La brecha 10/90 señala claramente el olvido en la investigación de las enfermedades de los pobres, para las que no existen ni fármacos adecuados ni sistemas eficientes de diagnóstico. Para atajar esta situación se están empezando a desarrollar marcos legales y fiscales que estimulan la I+D en enfermedades tropicales, de modo similar a lo establecido en los países desarrollados para los "medicamentos huérfanos" utilizados en enfermedades raras y poco comunes. En este sentido, los gobiernos de los países desarrollados y la investigación financiada con fondos públicos tienen una especial responsabilidad en el desarrollo de estos tratamientos, en aras de la mayor utilidad pública.

Otra propuesta para el estímulo de la investigación en enfermedades huérfanas es la de Joseph Stiglitz, quien aboga por un fondo de premios médicos que recompense a quienes descubran curas, vacunas y nuevos fármacos, de modo que la innovación no se dirigiría únicamente a las enfermedades rentables, las enfermedades que afectan a

los habitantes de los países ricos, y los beneficios de ese conocimiento se repartirían lo más ampliamente posible³⁰. Dado que los gobiernos ya pagan, directa o indirectamente, el costo de gran parte de la investigación farmacéutica a través de los beneficios por prescripción, podrían financiar el fondo de premios que otorgaría los mayores a quienes desarrollaran tratamientos o prevenciones de enfermedades que afectan a cientos de millones de personas. Un panel científico podría establecer un conjunto de prioridades al evaluar la cantidad de personas afectadas y el impacto sobre la mortalidad y la morbilidad.

En realidad, el sistema de patentes también es un sistema de premios, basado en un poder monopólico temporal que conlleva precios elevados y acceso restringido a los beneficios que se pueden obtener del nuevo conocimiento. Sin embargo, Stiglitz define su propuesta como un sistema de premios basado en los mercados competitivos, que hacen bajar los precios y propician que los frutos del conocimiento estén al alcance de la mayor cantidad de gente posible. A ello habría que añadir incentivos mejor dirigidos con más inversión en investigación para enfermedades importantes y menos dinero para marketing inútil y distorsionado.

6.3. Alianzas público-privado

Partiendo del hecho de que las compañías farmacéuticas no van a invertir dinero en investigar, probar y comercializar tratamientos para enfermedades huérfanas, se están ensayando nuevos modelos de empresas que, usando financiación pública y privada³¹, desarrollan medicinas para estas enfermedades –tal es el caso del Instituto *OneWorld Health*. Este tipo de empresas sin ánimo de lucro han propiciado la reanudación de producción de medicamentos útiles que ya existían pero que estaban abandonados por su casi nulo uso en los países desarrollados. Así ha sucedido con la paromomicina, que funciona contra el *kala azar* o leishmaniasis visceral.

We believe good health is a basic human right, especially among poor people afflicted with disease who are isolated, forgotten, ignored, and often without hope (Jimmy Carter).

NOTAS

* Este trabajo se realiza en el marco del proyecto de investigación "Una fundamentación de los derechos humanos desde la lógica del razonamiento jurídico" (HUM2006-03669/FISO), realizado por el Grupo de Estudios Lógico-Jurídicos del CSIC (<http://jurid.net/jurilog>).

- 1 Puede encontrarse abundante información sobre estas enfermedades en la web del Centro Carter: <http://www.cartercenter.org/health/index.html>
- 2 Transparencia Internacional, *Informe Global sobre la Corrupción 2006*: <http://www.transparencia.org.es/INFORME%20GLOBAL%202006/INDICE%20INFORME%20GLOBAL%202006.htm> [consultado el 30-09-2007].
- 3 Lewis (2006, pp. 76-77). Asimismo, tres cuartos de los representantes del gobierno entrevistados en Bosnia-Herzegovina afirman que conseguir un empleo en el sector de la salud pública exige un soborno. En Ghana, el 25% de los puestos de trabajo del ámbito sanitario están "a la venta".
- 4 En Costa Rica, el 20% de un préstamo por 40 millones de dólares para equipos de salud terminó en "bolsillos privados".
- 5 Check (2006, pp. 75-77).
- 6 Versión on-line: http://www.elpais.com/articulo/domingo/GRAN/FARMA/elppor/20010218elpdmg_2/Tes [consultado el 30-09-2007].
- 7 Son los llamados fármacos "yo-también" (*me-too*), que son ligeras variaciones de medicamentos que ya se están vendiendo.
- 8 Este y otros documentos sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual elaborados por la Organización Mundial de la Salud pueden consultarse en la web: <http://www.who.int/phi/documents/es/>

9 En 2003 el precio del Efavirenz era de 2,10 dólares mientras que empresas brasileñas pueden producirlo por 0,87 dólares. Más aún, el margen de beneficio con respecto a lo que cuesta el preparado genérico en India incluso ha crecido. Esto es lo que ha llevado a Brasil a obviar la patente y a comprarlo en India.

- 10 Jara (2007, p. 211).
- 11 Sólo en USA el *lobby* de la industria farmacéutica gasta 75 millones de dólares al año. (Fuente: <http://www.opensecrets.org/industries/indus.asp?Ind=H04> [consultado el 30-09-2007]).
- 12 Véase al respecto, Jara (2007, pp. 214 ss.).
- 13 El caso del *software* libre es un caso bastante elocuente de innovación y desarrollo en un entorno abierto, de propiedad compartida y trabajo colaborativo. Pero lo mismo sucede otros ámbitos dispares, como el de la seguridad y la inteligencia. Los últimos estudios en este sector mantienen que guardar la información bajo llave, las políticas de secretismo y ocultación de datos, no protegen de los ataques y, por el contrario, evitan que los expertos y analistas encuentren nuevas soluciones a nuevas debilidades que se presenten en el futuro, haciendo que gobiernos y empresas tengan menos alicientes para desarrollar medidas preventivas y de seguridad (Shapiro 2007).
- 14 J. Stiglitz, "Prizes, not Patents": <http://www.project-syndicate.org/commentary/stiglitz81> [consultado el 30-09-2007].
- 15 Fundación Urrutia Elejalde. Winter Workshop on Economics and Philosophy: "Do patents promote innovation? And copyright creativity?" Madrid, 21-22 de mayo de 2007. (<http://www.urrutiaelejalde.org/>)

Recibido: 30 de junio de 2007

Aceptado: 30 de septiembre de 2007

- WinterWorkshop/2007.html [consultado el 30-09-2007]).
- 16 G.B. Ramello, "Access to vs. Exclusion from Knowledge: Intellectual Property, Efficiency and Social Justice": <http://www.urrutiaelejalde.org/WinterWorkshop/2007/Abstracts2007.htm> [consultado el 30-09-2007].
- 17 Ausín (2007).
- 18 Nussbaum & Sen (1993).
- 19 Alan Gewirth se refería a las necesidades de los agentes para la acción (*agency*), que no serían otras que la libertad y el bienestar (vida, integridad física, equilibrio mental):
 ... every person, qua prospective purposive agent, must accept that all other persons as well as himself have strict rights to freedom and well-being which are the necessary conditions for agency. Since such a claim is logically ineluctable within the context of agency, no actual or prospective agent can deny or reject it except at the price of self-contradiction. The necessary conditions of agency include having sufficient food at least for subsistence... (Gewirth 1982, p. 208).
- 20 De Currea-Lugo (2005).
- 21 Hong (2004[2006], pp. 75 ss.).
- 22 Farmer (2005).
- 23 Puyol y Rodríguez, eds. (2007).
- 24 Lanjouw (2003): <http://are.berkeley.edu/~lanjouw/milken.pdf> [consultado el 30-09-2007].
- 25 Aunque muchas de estas corporaciones farmacéuticas apelan a la llamada "responsabilidad social de las empresas", los resultados de estas políticas –muchas veces elementos de marketing– en cuanto a la investigación y al acceso de las poblaciones pobres a los medicamentos esenciales es todavía muy exiguo.
- 26 Todo ello sin entrar a valorar la responsabilidad histórica de las potencias coloniales con muchos de los países actualmente empobrecidos y la deuda que se tiene con ellos.
- 27 Las grandes industrias farmacéuticas están intentando mejorar su imagen pública a través de programas de donaciones y tratamientos gratis para países en desarrollo. Sin embargo, el acceso a los medicamentos esenciales no puede ser una cuestión de caridad y de buena voluntad de las grandes empresas farmacéuticas. Las donaciones no pueden reemplazar a la producción de genéricos que es la forma más sostenible para asegurar que la mayoría de las personas accedan a los medicamentos que necesitan.
- 28 Pogge (2002).
- 29 Lanjouw (2002).
- 30 J. Stiglitz, "Prizes, not Patents": <http://www.project-syndicate.org/commentary/stiglitz81> [consultado el 30-09-2007].
- 31 Así, la Fundación Bill & Melinda Gates ha donado en los últimos seis años 908,5 millones de dólares a la Alianza Global para Vacunas e Inmunización, que vacuna a bebés y niños de países pobres contra enfermedades fáciles de prevenir como la hepatitis B, la fiebre amarilla y la polio. En este mismo período, los gobiernos del mundo han aportado 791,5 millones de dólares...

REFERENCIAS

Ausín, T. (2007): "Tomando en serio los derechos de bienestar", *Enrahonar* 40 (en prensa).

Check, E. (2006), "Medicina rebelde", *Foreign Policy Edición Española* 16: 72-80.

De Currea-Lugo, V. (2005), *La salud como derecho humano*, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.

Farmer, P. (2005), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.

Gewirth, A. (1982): *Human Rights*, University of Chicago Press, Chicago.

Hong, E. [2004 (2006)], "El movimiento en favor de la atención primaria de la salud se enfrenta al libre mercado", en M. Fort, M. A. Mercer y O. Gish (eds.), *El negocio de la salud*, Paidós, Barcelona, 73-96.

Jara, M. (2007): *Traficantes de salud*, Icaria, Barcelona.

Lanjouw, J. O. (2002): "A New Global Patent Regime for Diseases: US and International Legal Issues", *Harvard Journal of Law & Technology* 16(1), 1-40.

Lewis, M. (2006): "Receta para la corrupción", *Foreign Policy Edición Española*, 16, 76-77.

Nussbaum, M. y Sen, A. (comps.), 1993, *The Quality of Life*, OUP, Oxford.

Pogge, T. (2002): *World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*, Polity Press, Cambridge.

Puyol, A. y Rodríguez, H. (eds.) (2007): *Bioética, justicia y globalización*, Erein, Donostia.

Shapiro, J. (2007): "El arma más inteligente", *Foreign Policy Edición Española*, 22, 78-79.

Zumla, A. (2004): "Reflexión y reacción: Medicamentos para enfermedades olvidadas", *Archipiélago*, 64, 29-31.