

# ACCESO A FÁRMACOS EN PAÍSES POBRES

---



Han transcurrido casi treinta años. Entonces la pandemia del SIDA mataba miles de africanos, mientras la industria farmacéutica mostraba con cinismo su *solidaridad* mientras se negaba a rebajar los precios de los medicamentos antirretrovirales protegidos por derechos de patente. En algunos casos se legislaron sistemas de protección legal para medicamentos con las patentes originales caducadas. Tal fue el caso del primer fármaco antirretroviral que se utilizó, el AZT (AZidoTimidina) para el que se creó la «patente de uso», en razón de la nueva indicación: tratamiento de la infección (SIDA) causada por un *nuevo* virus, VIH. No era cuestión de comprometer el sustancioso negocio.

Hoy día, varias décadas después, es impensable que una actitud semejante fuese aceptada con la misma resignación e idéntico fatalismo. Los ejecutivos de las multinacionales farmacéuticas han aprendido que los pobres también tienen derecho a los tratamientos accesibles a los ciudadanos países con elevados estándares de desarrollo socioeconómico.

Alrededor de 20 millones de africanos están infectados con el V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana); y se les trata por menos de \$100 al año.

Los fármacos contra enfermedades de alta prevalencia en países pobres (malaria, tuberculosis, hepatitis C, y algunos tipos de cáncer) se venden a precios bajos (casi a precio de fabricación) en estas naciones.

Las [veinte multinacionales farmacéuticas más grandes del mundo](#), que otrora se negaron a rebajar los precios de sus medicamentos a países con bajas rentas *per capita*, [compiten](#) ahora por mostrarse caritativos con enfermedades y enfermos desatendidos.



Varias multinacionales farmacéuticas cooperan con empresas farmacéuticas fabricantes de [medicamentos genéricos en India](#), mediante la cesión de licencias que hacen posible la distribución de estos fármacos a precios asequibles en África, Latinoamérica y algunos países de Asia. Sin embargo, estas prácticas todavía son muy [dependientes de donantes](#), y por lo tanto de la caridad y la compasión, real o interesada.

El aumento de la esperanza de vida en países con recursos limitados (eufemismo para evitar el epíteto *pobre*) trae como correlato una mayor morbilidad por diversas patologías crónicas, desde enfermedades cardiovasculares y diabetes a procesos tumorales. Sin embargo la disponibilidad de fármacos para tratar estas, y otras enfermedades, no corre parejo a las crecientes necesidades.

Hay una competición entre las multinacionales farmacéuticas por ver quién es más solidario. No todo es negocio; hay que ser, y sobre todo, mostrarse ante la comunidad internacional, como benefactor de estos inmensos grupos sociales desfavorecidos. En este listado, compañías como [Johnson & Johnson](#), [Novartis AG.](#), [GlaxoSmithKline Pharma](#), y [Merck KGaA](#), ocupan las posiciones preeminentes. Sin embargo, multinacionales japonesas, como [Takeda Pharmaceuticals](#) o [Eisai Pharmceuticals](#), han ido escalando posiciones.

[Access to Medicine Foundation](#) ha publicado una retrospectiva ([desde 2008](#)) de la lista [de benefactores] desde su creación en el año 2003 por [Wim Leereveld](#). El nadir para remover las conciencias de las multinacionales fue su actitud durante la crisis del SIDA.

Año 1998: alrededor de 250.000 sudafricanos morían cada año víctimas del SIDA. El [Parlamento sudafricano legalizó la suspensión de las patentes](#) al objeto de que el país pudiese importar versiones genéricas de los medicamentos antirretrovirales sin ahogarse económicamente en el pago de regalías.

La respuesta de la poderosa industria farmacéutica fue insolidaria: treinta y nueve empresas farmacéuticas presentaron de una demanda internacional contra la Ley que anulaba los derechos de patente en la *nueva* Sudáfrica, ya gobernada por [Nelson Mandela](#). Tras las críticas internacionales, la demanda se retiró en el año 2001.

[Thabo Mbeki](#), sucesor de *Nelson Mandela* como Presidente de la República de Sudáfrica en 1999 mantuvo una posición aberrante negando la relación entre el SIDA y el contagio por el virus VIH, achacando la infección a la extrema pobreza de amplios sectores de la sociedad sudafricana. Las medidas profilácticas (sobre todo uso de preservativos en las relaciones sexuales) se desdeñaron, y la consecuencia fue un repunte de la prevalencia del SIDA. Ello condujo a que Sudáfrica tenga uno de los índices de infección por VIH más altos del mundo. Contra este absurdo posicionamiento se enfrentó el microbiólogo [Mak Wainberg](#).

La retirada de la demanda por la poderosa industria farmacéutica no fue un acto de bonhomía, sino la preocupación ante la posibilidad de dilapidar su siempre cuestionada integridad moral. Una de las personas más implicadas en este cambio de paradigma fue [Tadataka Yamada](#), a la sazón ejecutivo de multinacional británica *GlaxoSmithKline Pharma*, que llegaría a ser presidente de la [Bill and Melinda Gates Foundation](#); y, más tarde, director médico de otra multinacional, la japonesa *Takeda Pharmaceuticals*.

Se produjeron también otros puntos de inflexión.

En el año 1999, la Administración demócrata estadounidense de [William \(Bill\) Clinton](#), coaccionada por grupos de presión suficientemente poderosos para hacer peligrar su reelección, [decidió apoyar el proceder del gobierno sudafricano](#) no reconociendo la vigencia de los derechos de patente de los medicamentos antirretrovirales.

En este contexto, la empresa farmacéutica india [Cipla](#), ofreció medicamentos antirretrovirales a [Médicos sin Fronteras](#) para poder tratar a los enfermos por 350 dólares al año. [Este mismo tratamiento en enfermos de países occidentales tenía un coste de más de 10.000 dólares].

*Cipla Ltd.*, la empresa farmacéutica india con sede en *Mumbai*, que fabrica medicamentos genéricos, hizo la oferta a *Doctor Without Borders*, la organización surgida en Francia (*Médecines Sans Frontières*), galardonada con el [Premio Nobel de la Paz en el año 1999](#), de entregar gratuitamente medicamentos antirretrovirales a áreas devastadas y empobrecidas por conflictos bélicos, mediante una serie de programas piloto.

El mismo laboratorio indio (*Cipla Ltd.*) vendía los mismos medicamentos a gobiernos con programas sanitarios de mayor alcance a un coste de 600 dólares anuales, unos 400 dólares más baratos que *el mejor precio* ofrecido por las multinacionales con medicamentos protegidos por derecho de patente.

El mismo cóctel farmacológico contra el SIDA que algunos africanos conseguían por 350 dólares anuales se vendía en Occidente por entre 10.000 y 15.000 dólares.

Con esta actitud, la empresa india dejó en evidencia ante la comunidad internacional la enorme codicia de la industria farmacéutica internacional.

La Administración republicana de [George W. Bush Jr.](#), apoyó la adquisición de medicamentos genéricos por países con escasos recursos económicos, a través de diversas fundaciones: [President's Emergency Plan for AIDS Relief](#), [President's Malaria Initiative](#); y [Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria](#).

La [Organización Mundial de la Salud](#) seleccionó los medicamentos esenciales para el tratamiento de los enfermos de SIDA.

Fue en este escenario cuando el holandés *Wim Leereveld* comenzó a desarrollar el *ranking* de lo que se podría denominar industria farmacéutica *benefactora*, usando diversos parámetros, tales como presupuesto destinado a investigación, y porcentaje de facturación redirigido a fines filantrópicos.



La validez de la lista se infiere de haber sido criticada tanto por los defensores como por los detractores (con gran componente ideológico) de la industria farmacéutica.

*Wim Leereveld* no lo tuvo fácil; su empeño fue torpedeado, tanto por la [International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations](#), como, inicialmente, por la *Bill and Melinda Gates Foundation*, en quienes buscó apoyo y financiación. No obstante, esta última cambió su actitud, gracias a [Hannah E. Kettler](#), a la sazón directora del programa *Life Sciences Partnership* de la fundación *Bill & Melinda Gates*, auspiciando el proyecto de *Wim Leereveld*, que también contó con el aval del gobierno holandés.

Las estrategias que usa hoy día la industria farmacéutica para que los países pobres puedan acceder a los medicamentos son de tres tipos: reducción directa de los precios a estas naciones, donación directa de los medicamentos, y cesión de sus licencias para la fabricación de versiones genéricas por terceros países, o incluso por ellos mismos aun cuando las patentes sigan vigentes en el mundo desarrollado (considérese el reciente ejemplo del suministro de [Sovaldi®](#), el medicamento contra la hepatitis C, a Egipto por la multinacional [Gilead Sciences Inc](#)).

Este proceder afecta fundamentalmente, pero no solo, a medicamentos antirretrovirales (para el tratamiento de la infección por VIH y el SIDA), alrededor de 30; sino a otros más novedosos. El conjunto de los fármacos afectados es de aproximadamente 400.

[Eduardo Pisani](#), ex-director de la *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations* ha jugado un importante papel; como también el simposio de Naciones Unidas sobre enfermedades no-comunicables ([2011 United Nations Summit Meeting on Non-Communicable Diseases](#)); y la declaración de Londres sobre enfermedades tropicales olvidadas ([2012 London Declarations on Neglected Tropical Diseases](#)).

Esta nueva política es, según algunos expertos, una inversión a futuro. El mercado farmacéutico en las sociedades desarrolladas tiende al estancamiento, mientras no deja de crecer en países con bajos, pero crecientes, estándares de desarrollo. Un número cada vez mayor de naciones pobres se hallan próximas a superar el umbral del subdesarrollo. Así pues, la detracción de beneficios actual puede tornarse en sustanciosas ganancias dentro de algunos años.

A pesar del éxito que esta lista de benefactores ha tenido sobre millones de personas hasta ahora sin acceso a medicinas básicas, todavía queda mucho por hacer; [poco más del 1% de los más pobres consiguen acceder a los medicamentos que necesitan](#). ¡En verdad, queda mucho por hacer!

Zaragoza, a 10 de julio de 2019

Dr. José Manuel López Tricas  
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria  
Farmacia Las Fuentes  
Florentino Ballesteros, 11-13  
50002 Zaragoza