

**quaderns**

**CJ**  
**x25**

**Els crims  
de les grans companyies  
FARMACÈUTIQUES**



141

**Teresa Forcades i Vila**



# **ELS CRIMS DE LES GRANS COMPANYIES FARMACÈUTIQUES**

Teresa Forcades i Vila

1. EL CAS DE LA “DISFUNCIÓ SEXUAL FEMENINA” .....	5
2. EL CAS DELS MEDICAMENTS ANTI-SIDA A L’ÀFRICA .....	9
3. RIQUESA I PODER CONTRA ELS POBRES	
3.1. Riquesa i poder de les grans companyies farmacèutiques .....	13
3.2. Com utilitzen les farmacèutiques el seu poder econòmic? .....	15
4. UNA CRISI INTERNA. LA CAPACITAT D’INNOVACIÓ TERAPÈUTICA SUBSTITUÏDA PEL MÀRQUETING	
4.1. Crisi actual de les companyies farmacèutiques .....	30
4.2. Màrqueting vs. innovació terapèutica .....	33
5. UNA OPORTUNITAT PER DESMANTELLAR EL SISTEMA .....	35



Diputació  
Barcelona  
xarxa de municipis

**Teresa Forcades i Vila** és monja benedictina. Doctora en medicina, prepara un doctorat en teologia. Va pertànyer al primer grup de joves de Cristianisme i Justícia.

INTERNET: [www.fespinal.com](http://www.fespinal.com) • Dibuix de la portada: Roger Torres • Edita CRISTIANISME I JUSTÍCIA • R. de Llúria, 13 - 08010 Barcelona • tel: 93 317 23 38 • fax: 93 317 10 94 • [info@fespinal.com](mailto:info@fespinal.com) • Imprimeix: Edicions Rondas S.L. • ISSN: 0214-6495 • ISBN: 84-9730-138-2 • Dipòsit legal: B-1872-2006 • Juliol 2006

En el breu període que va de 2000 a 2003, gairebé la totalitat de les grans companyies farmacèutiques van passar pels tribunals dels EEUU, acusades de pràctiques fraudulentas. Vuit d'aquestes empreses han estat condemnades a pagar més de 2.200 milions de dòlars de multa. En quatre d'aquests casos les companyies farmacèutiques implicades –TAP Pharmaceuticals, Abbott, AstraZeneca i Bayer– han reconegut la seva responsabilitat per actuacions criminals que han posat en perill la salut i la vida de milers de persones<sup>1</sup>. Quines són aquestes actuacions? Qui en rep les conseqüències? Què mou a les companyies farmacèutiques a actuar així? Quines respostes s'estan produint davant d'aquests abusos i quines cal que es produeixin encara? En aquest Quadern estudiarem les estratègies actuals d'aquesta indústria i l'impacte directe que aquestes estratègies tenen en la manera com concebem la salut i la malaltia i en els recursos que tenim per promocionar l'una i prevenir o guarir l'altra.

---

1. AGNELL, Marcia. *The Truth about the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it. Is the Party Over?* 217-36.



# 1. EL CAS DE LA "DISFUNCIÓ SEXUAL FEMENINA"

---

L'any 1998, l'empresa Pfizer, la principal companyia farmacèutica dels EEUU, va comercialitzar un medicament conegut amb el nom de Viagra pel tractament de la disfunció sexual masculina (concebuda com a disminució o desaparició de la capacitat d'erecció). Tres anys més tard, a 17 milions d'homes de tot el món els havia estat receptat aquest medicament i el seu volum de vendes en un sol any (2001) superava els mil cinc-cents milions de dòlars<sup>2</sup>. Amb aquest nou producte, Pfizer havia superat amb escreix els criteris de definició d'un "blockbuster" que és el nom amb què es coneix en l'argot de les farmacèutiques un medicament amb un volum de vendes anual superior als mil milions de dòlars (o d'euros). Els directius de Pfizer van preguntar-se: "I si fos possible aconseguir un èxit semblant amb un producte similar dedicat a les dones?". El problema era que així com existia un criteri aparentment clar per parlar de "disfunció" en el cas de la sexualitat masculina (les dificultats en l'erecció), en el cas de les dones això era molt més difícil de definir i, sobretot, de quantificar o avaluar objectivament.

L'any 1997 –pocs mesos abans que Viagra aparegués al mercat– ja havia tingut lloc a Cape Cod (Nova York) la primera trobada d'especialistes mèdics per determinar el perfil clínic de la "disfunció sexual femenina"<sup>3</sup>. La iniciativa,

l'organització i el finançament d'aquesta trobada van córrer a càrrec de 9 companyies farmacèutiques molt preocupades pel fet que no existís una definició d'aquest transtorn compatible amb un potencial tractament farmacològic.

---

2. PFIZER. *Annual report 2001*. [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com) citat a MOYNIHAN, R. "The making of a disease: female sexual dysfunction". *BMJ* 2003; 326: 45-47.

3. Suplement especial. *Int J Impotence Res* 1998; 10 (supl 2): S 1-142 (*The Cape Cod conference: sexual function assessment in clinical trials*, 30-31 May, 1997. Hyannis, Massachusetts, USA), citat a MOYNIHAN 2003.

Els promotors d'aquesta trobada van triar entre els seus col·laboradors directes les persones que hi havien d'assistir. L'objectiu de la reunió era dissenyar l'estratègia adequada per tal de crear una nova patologia en funció dels interessos econòmics de la indústria farmacèutica. Un any i mig més tard, a l'octubre de 1998, va tenir lloc a Boston la primera conferència internacional per a l'elaboració d'un consens clínic sobre la disfunció sexual femenina<sup>4</sup>. 8 companyies farmacèutiques van finançar aquesta conferència i 18 dels 19 autors de la nova definició "consensuada internacionalment" van admetre que tenien interessos econòmics directes amb aquestes o d'altres companyies.

Un any més tard, al 1999, va aparèixer un article a la revista JAMA titulat "Disfunció sexual als EEUU: prevalença i variables predictives"<sup>5</sup>, en el qual s'afirmava, suposadament amb objectivitat científica, que un 43% de la població femenina dels EEUU patien la "nova malaltia" definida segons els interessos de la indústria farmacèutica. Els passos seguits per identificar la "població malalta" van ser els següents: 1) es va elaborar una llista de 7 "problemes" considerats cada un d'ells de prou pes com per justificar el diagnòstic de la nova malaltia si una dona els havia presentat durant dos mesos o més en el darrer any; 2) es va passar el qüestionari a

una mostra de 1.500 dones; 3) es van avaluar els resultats de manera que respondre que "Sí" a un sol dels ítems es va considerar criteri suficient per identificar la malaltia. Un d'aquests 7 ítems era l'absència de desig sexual. És a dir, que les dones que van respondre que no havien tingut desig sexual durant dos mesos o més en el darrer any, automàticament – amb independència de si estaven de dol per la mort d'un ésser estimat, preocupades per la manca o per l'excés de feina, atrapades en una relació insatisfactòria o gaudint d'una etapa de plenitud interior–, van quedar etiquetades de "disfuncionals" i van passar a engruixir el percentatge de candidates potencials per al tractament que la indústria farmacèutica confiava poder desenvolupar ben aviat. Dos dels tres autors d'aquest article tenien vincles econòmics amb laboratoris farmacèutics.

El mateix any, a l'octubre de 1999, va tenir lloc la tercera trobada sobre el tema, organitzada per la Facultat de Medicina de la Universitat de Boston, però promoguda i finançada per 16 companyies farmacèutiques. El 50% dels assistents van admetre tenir interessos a la indústria farmacèutica<sup>6</sup>. D'aquesta trobada va sorgir el Fòrum per a la Funció Sexual Femenina que va celebrar dues conferències més en els anys 2000 i 2001, a Boston, gràcies al

---

4. BASSON R, BERMAN J, BURNETT A, DEROGATIS L, FERGUSON D, FOURCROY J, et al. "Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications". *BMJ* vol. 330. 22 gener 2005, 192-194.

5. LAUMANN E, PAIK A, ROSEN R. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. *Urology* 2000; 163: 888-93.

6. KASCHAK E, TIEFER L, eds. *A new view of women's sexual problems*. Binghamton, NY: Haworth Press 2001: 70, citat a MOYNIHAN 2003.



finançament de 20 companyies farmacèutiques liderades per Pfizer<sup>7</sup>.

L'any 2003, aquesta manipulació dels criteris mèdics en funció dels interessos comercials va ser denunciada per Ray Moynihan a una de les revistes mèdiques de més prestigi, el *British Medical Journal*<sup>8</sup>. Els editors d'aquesta revista van rebre en 6 setmanes un total de 70 respostes i comentaris en relació a l'article de Moynihan. 2/3 de les respostes van ser de suport i van confirmar la indignació dels professionals de la medicina davant d'aquesta manipulació tot i que, com deixa ben clar una de les respostes, sense ells no podria tenir lloc<sup>9</sup>. Si els metges no col·laboréssim amb els abusos de les companyies farmacèutiques, aquests abusos no tindrien lloc.

El desembre de 2004, l'agència reguladora dels medicaments als EEUU va impedir que fos comercialitzat el primer medicament destinat a guarir la "disfunció sexual femenina" (el pegat

de testosterona dels laboratoris Proctor i Gamble)<sup>10</sup>. Els responsables dels estudis clínics – tots ells finançats i supervisats per Proctor i Gamble – havien presentat els seus resultats de forma esbiaixada de manera que el que eren uns beneficis dubtosos i uns més que probables efectes secundaris perillosos (càncer de mama i malaltia cardíaca), *s'anunciaven com a beneficis clars i riscos negligibles*. De moment encara no s'ha desenvolupat cap més medicament per a la disfunció sexual femenina, entre altres coses degut a una creixent consciència per part de tots els agents implicats dels efectes nocius de l'excés d'influència de les companyies farmacèutiques en l'exercici de la medicina<sup>11</sup>.

La disfunció sexual femenina (com qualsevol altra malaltia) ha de ser estudiada en funció dels interessos mèdics de les dones afectades i no en funció dels interessos econòmics d'unes de les empreses més riques del planeta.

---

7. MOYNIHAN, 2003: 45.

8. MOYNIHAN, Ray. "The making of a disease: female sexual dysfunction". *BMJ* 2003; 326: 45-47.

9. TONKS, Alison associated editor *BMJ*. "Summary of electronic responses. The making of a disease". [www.bmj.com](http://www.bmj.com) 2003.

10. MOYNIHAN, Ray. "The marketing of a disease: female sexual dysfunction". *BMJ* 2005; 330: 192-194.

11. Són molts els articles i llibres que han aparegut recentment denunciant aquest abús. A més dels llibres de PIGNARRE i AGNELL que són els que he utilitzat per a l'elaboració d'aquest quadern, la lectora interessada pot recórrer a *The \$800 Million Pill* de M GOOZNER; *Powerful Medicines* de J AVORN; *Overdo\$ed America* de J Abramson o *On the Take* de J Kassirer.

**Els medicaments genèrics** són aquells que es venen sense nom comercial, fent constar a la capsa simplement el nom del principi farmacològic (per exemple: 'aspirina' és un nom comercial que només pot utilitzar la casa que se'l va inventar, en aquest cas la casa Bayer; 'AAS' (àcid acetil salicílic) és el nom genèric que correspon al principi actiu de l'aspirina).

**No és el mateix** "ser VIH-positiu" que "tenir la SIDA". Amb els tractaments actuals, una persona VIH-positiva pot viure molts anys sense desenvolupar la malaltia.

**VIH:** virus de la immunodeficiència humana

**SIDA:** síndrome de la immunodeficiència adquirida

## 2. EL CAS DELS MEDICAMENTS ANTI-SIDA A L'ÀFRICA

El 23 de març de 2005, el parlament indi es va veure obligat a aprovar, per imperatiu dels acords internacionals de l'Organització Mundial del Comerç (OMC), una nova llei de patents que modificava la de 1970 per tal que en el futur la comercialització de medicaments a l'Índia estigués sotmesa al sistema de patents. Fins a aquest moment, en cas que els propietaris de les patents en fessin un ús abusiu (per exemple, proposant preus inasequibles per a la població índia), els laboratoris farmacèutics de l'Índia podien produir legalment preparats genèrics de medicaments que estaven encara protegits per patents als països rics.

La indústria índia de genèrics donava feina l'any 2003 a 500.000 persones en més de 20.000 empreses (que, amb els contractes subsidiaris, donaven feina a un total de més de 2,5 milions de persones)<sup>12</sup>. D'acord amb la llei de 1970 que al març de 2005 va ser derogada, els genèrics indis podien ser comercialitzats a d'altres països pobres, com són ara la majoria de països de l'Àfrica subsahariana, que és on resideixen

avui més de 30 dels 40 milions de persones infectades amb el VIH en tot el món.

Segons informes de l'ONU de l'any 2003, més de 30 milions de persones estan infectades amb el VIH a l'Àfrica subsahariana. A l'estat de Botsuana, per exemple, el 40% de les dones estan infectades pel VIH, i al de Lesoto ho està un terç del total de la població<sup>13</sup>. Per

---

12. PIGNARRE 124

13. PIGNARRE, Philippe. *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa, 2005 (original francès de 2003) p.117

manca de medicaments antiretrovirals, tres milions d'africans moren cada any de SIDA.

La indústria farmacèutica índia de genèrics ha estat fins ara fonamental per tal d'assegurar l'accés als medicaments a un percentatge ínfim (menys de l'1%), però creixent de la població dels països pobres, especialment l'accés als medicaments antiretrovirals necessaris per tractar la infecció per VIH. Gràcies a aquesta lliure competència que eliminava el sistema de patents, el preu del tractament antiretroviral s'havia reduït l'any 2004 de 1.500 a 150 dòlars per persona i any<sup>14</sup>. A més, com que no s'havien de respectar les patents que obliguen a produir cada medicament per separat, els laboratoris indis podien combinar els tractaments múltiples en una sola pastilla. La reducció del cost i la simplificació del tractament que suposa la combinació de tres principis actius diferents en una sola pastilla ha tingut efectes dramàtics en la possibilitat de tractar amb èxit l'epidèmia de SIDA.

A nivell mundial, unes 350.000 persones en tractament antiretroviral depenen de la producció de genèrics de l'Índia. Aquest número representa la meitat de tots els qui prenen tractament antiretroviral als països en vies de desenvolupament. Això vol dir que menys d'un 2,5% dels seropositius pel VIH reben tractament als països en vies de desenvolupament. Milions de persones moren cada any a causa d'això. Amb el reforç

internacional del sistema de patents, tots els medicaments creats entre 1995 i 2005 més tots els que es creïn a partir de 2005, estaran protegits per la patent i no entraran en competència lliure amb la qual cosa el seu preu es pot encarir més de 10 vegades (com a mínim). I això pel que fa a medicaments essencials per tractar la infecció del VIH, d'altres infeccions molt prevalents i potencialment mortals (com la malària o la tuberculosi) o bé el càncer. Entre 1995 i 2005 hi ha hagut a l'Índia 8.926 demandes de patents que a causa de la nova llei imposada per l'OMC ara hauran de ser revisades. D'aquestes quasi 9.000 patents, més de 7.000 provenen de multinacionals estrangeres, amb el gegant farmacèutic Pfizer al capdavant.

Pfizer és avui la companyia farmacèutica més gran del món i un dels principals agents econòmics als EEUU. Pfizer va doblegar el govern francès l'any 2002 amb l'amenaça de retirar-se de França si les seves demandes no eren ateses, és a dir, si el govern francès posava traves als seus preus clarament abusius; el govern francès va cedir i no hi va haver ni escàndol<sup>15</sup>. Si un estat de la Unió Europea com és França va haver de cedir a les seves demandes, amb quina força política poden oposar-se a la imposició de pactes bilaterals desavantatjosos els països en vies de desenvolupament?

La relació directa entre la imposició d'una patent i la mortalitat de la pobla-

---

14. Nota de premsa dels responsables de la Campanya per l'accés a les medicines essencials de Metges sense Fronteres (MSF). *Prognosis: short term relief, long-term pain. The future of generic medicines made in India*. 21 abril 2005

15. PIGNARRE, p.140

ció es pot exemplificar amb el cas de Brasil. A Brasil, des que es van votar lleis que prohibeixen patentar els medicaments apareguts al mercat brasiler abans de 1997, es van poder produir localment equivalents genèrics de 8 dels 12 antiretrovirals disponibles mundialment amb una reducció promig del cost del 79%. L'any 2003 es va constatar que s'havia estabilitzat l'epidèmia i s'havia reduït la mortalitat a la meitat<sup>16</sup>. Amb la nova legislació internacional la produc-

ció de genèrics del Brasil quedarà també bloquejada.

Pel seu interès, reproduïrem a continuació alguns extractes de la carta que Karim Laouabdia, portantveu de la campanya per l'accés a les medicines essencials de Metges sense Fronteres (MSF) va adreçar el 20 de setembre de 2005 a Pascal Lamy en motiu de la seva elecció com a director general de l'Organització Mundial del Comerç (OMC):

“La crisi VIH/SIDA ha evidenciat la necessitat urgent d'assegurar que els medicaments essencials estiguin disponibles a preus assequibles. Avui, aproximadament la meitat del milió de persones que reben tractament antiretroviral en els països en vies de desenvolupament depenen de la indústria de genèrics. Les dosis combinades que es produeixen a l'Índia simplifiquen enormement l'administració del tractament antiretroviral i han jugat un paper crític en fer arribar el tractament a les àrees de recursos escassos.

La declaració de Doha de l'OMC<sup>17</sup> de l'any 2001 va representar un pas fonamental per augmentar l'accés als medicaments. Aquesta declaració dóna suport de forma clara a qualsevol govern en la tasca de protegir la salut de la seva població utilitzant les esquerdes legislatives de l'ADPIC per superar les barreres imposades pel sistema de patents, i ajuda als països menys desenvolupats extenent el període de transició lliure de patents fins al 2016.

Des d'aleshores, però, hem assistit al desmantellament sistemàtic de la Declaració de Doha per mitjà d'acords comercials bilaterals que imposen nivells de protecció de la propietat intel·lectual molt més alts que els exigits per l'OMC.

L'impacte de la protecció de patents en els programes del VIH serà molt evident en els propers anys, en els quals un nombre molt elevat de pacients que es troben

---

16. PIGNARRE, p.127

17. La Declaració de Doha (Qatar) de 2001 va modificar gràcies a fortes mobilitzacions internacionals l'escandalós acord de l'OMC sobre l'obligatorietat de les patents de 1994 (Acord sobre els Drets de Propietat Intel·lectual vinculats al Comerç, ADPIC en castellà i TRIPS en anglès). Algunes de les clàusules més abusives de l'ADPIC són: obligació per part del laboratori que vulgui produir genèrics d'un medicament patentat de comprar al propietari no només el dret de patent d'aquell medicament sinó també altres productes que aquest vulgui imposar-li (vendes vinculades); dret del propietari de la patent de determinar la manera com el laboratori comprador ha de produir el seu producte genèric; obligació del comprador a informar al propietari de la patent de totes les millores realitzades en el producte; limitació o prohibició de les exportacions (cf. LECOURIEUX A. “Patentes que Matan”. *A Le Monde Diplomatique*. Desembre 2005).

avui en tractament es veuran obligats a substituir el seu tractament actual per medicaments més nous, de segona línia. Aquests medicaments són de promig de 4 a 10 vegades més cars que els de primera línia i gairebé tots ells són o seran patentats en països pobres que tindrien la capacitat de produir-los en versió genèrica (Índia, Brasil i Tailàndia).

(...) A més, l'impacte de la nova legislació de patents no es limita als medicaments antiretrovirals, sinó que afectarà de manera progressiva tot el conjunt de malalties pel que fa als medicaments que es desenvolupin a partir d'ara.

(...) Fins ara –i en contra de les promeses fetes– l'augment de la protecció de patents en els països en vies de desenvolupament no ha contribuït a l'increment de la investigació. Moltes malalties greus són simplement ignorades. En vivim les conseqüències en el nostre dia a dia assistencial: a l'hora de diagnosticar la tuberculosi en persones infectades pel VIH; en tractar malalties tropicals com la leishmaniasi que afecta 12 milions de persones; en el seguiment dels infectats amb el VIH i en el tractament dels nens amb VIH”...

Menys de 3 mesos després d'haver exposat la urgència d'aquesta situació davant de l'OMC, Metges sense Fronteres emetia un comunicat de premsa on denunciava que, a més de prohibir la producció de genèrics en els països pobres, les companyies farmacèutiques es negaven a comercialitzar en aquests països els medicaments que no els aportaven prou beneficis<sup>18</sup>. L'exemple que posaven era el de la combinació antiretroviral Kaletra de la casa Abbott. La casa Abbott ha comer-

cialitzat recentment una versió del Kaletra que no necessita refrigeració. Malgrat la gran utilitat que un preparat així tindria en el context africà a causa de les elevades temperatures i de la freqüència amb que s'interromp el subministrament elèctric, la casa Abbott s'ha negat a comercialitzar-lo a l'Àfrica. Pel que fa a un altre dels medicaments antiretrovirals recomanat per l'OMS, el Tenofovir, la casa Gilead que en té la patent no l'ha comercialitzat tampoc a l'Àfrica.

---

18. LORENZ J, BERMAN D. “Companies not selling new AIDS drugs in Africa”. *MSF*, 8 desembre 2005.

## 3. RIQUESA I PODER CONTRA ELS POBRES

---

L'increment extraordinari de poder polític i econòmic de les grans companyies farmacèutiques nordamericanes es va iniciar amb la llei d'extensió de patents (Llei Hatch-Waxman) que la majoria republicana de l'era Reagan va aprovar l'any 1984, i es va consolidar amb la creació de l'Organització Mundial del Comerç (OMC) l'any 1994, destinada a assegurar que la globalització no atemptés contra els interessos del gran capital<sup>19</sup>.

### 3.1. RIQUESA I PODER DE LES GRANS COMPANYIES FARMACÈUTIQUES

---

Els marges bruts d'aquesta indústria són del 70 al 90% i la seva taxa de guanys és la més elevada de totes (segons la revista *Fortune* va ser, a l'any 2000, del 18,6% versus el 15,8% dels bancs comercials); la taxa de guanys de Pfizer, la companyia farmacèutica més gran, va ser l'any 2004 del 22% del total de les vendes, que van ser de 53 mil milions de dòlars<sup>20</sup> (per poder avaluar la

potència econòmica d'una empresa així pot ser il·lustratiu fer notar que el total d'ingressos impositius del conjunt de l'Estat Espanyol aquell mateix any –2004– va ser de 138 mil milions d'euros i el total d'ingressos derivats de les Declaracions de Renda va ser de 32 mil milions d'euros)<sup>21</sup>. Malgrat aquests guanys mil milionaris, la càrrega impositiva de la indústria farmacèutica és

---

19. PIGNARRE, pp.13-14

20. "The Fortune 500", *Fortune* 18 abril 2005 (F28). Citat a AGNELL, p. xv

21. [www.documentacion.minhac.es](http://www.documentacion.minhac.es)

molt inferior a la mitjana de les empreses (d'un 16,2% versus el 27,3% del promig de la gran indústria), mentre que el seu producte principal (els medicaments de recepta) incrementa de preu molt per sobre del nivell de la inflació (d'un 6 a un 20% cada any)<sup>22</sup>. El lobby de les companyies farmacèutiques dels EEUU (la PhRMA) comptava l'any 2000 amb 297 "lobbysters" professionals, o sigui, un per cada dos congressistes<sup>23</sup>. Aquest nombre –que ja superava en molt el de qualsevol altre grup de pressió–, ha estat triplicat en els darrers anys, de manera que al 2002 la PhRMA va finançar el treball de 675 "lobbysters", la qual cosa vol dir que treballant a Washington hi havia més promociionadors dels interessos de les companyies farmacèutiques que no pas congressistes<sup>24</sup>. Això (com veurem a l'apartat 3.2) ha fet possible que aquesta indústria aconseguís les condicions avantatjoses que li han permès dominar progressivament el mercat mundial: el 60% de les patents de medicaments són dels EEUU versus el 20% de la Unió Europea, i els EEUU dominen el mercat dels 50 medicaments més venuts (tots ells *blockbusters*)<sup>25</sup>.

Les exempcions i reduccions d'impostos exposades més amunt i la multiplicació de lleis i pactes favorables a partir de l'era Reagan, mostren que la

situació actual de privilegi desproporcionat de què gaudeix la indústria farmacèutica no és fruit del "lliure mercat" sinó d'una política deliberada destinada a protegir una indústria que als EEUU és tan estratègica com la del petroli.

L'any 2002, la suma dels guanys de les 10 companyies farmacèutiques més importants va superar els guanys combinats de les altres 490 empreses que apareixen a la llista de les 500 indústries més profitoses de la revista *Fortune* (les 10 farmacèutiques més importants, juntes, van tenir un benefici total de 35,9 mil milions de dòlars i les 490 empreses restants, juntes, van tenir un benefici total de 33,7 mil milions de dòlars)<sup>26</sup>. La Dra. Marcia Agnell, editora en cap durant quasi 20 anys de la revista mèdica de més impacte, el *New England Journal of Medicine*, afirma lacònicament: "Una indústria amb aquest volum de guanys és com un goril·la de 500 kg.: fa el que vol"<sup>27</sup>. I Philippe Pignarre, directiu durant disset anys d'una gran companyia farmacèutica i actualment professor de la Universitat de Paris-VIII, insisteix que el mercat no és ni ha estat mai una realitat "natural" sinó "cultural" o "social", o sigui, fruit de reglamentacions i normes que no regulen una "realitat natural" prèvia a l'establiment de les normes, sinó que "fan possible", "do-

---

22. El preu del conegut antial·lèrgic de la casa Schering-Plough Claritin va pujar 13 vegades en 5 anys amb un augment total del preu del 50%, 4 vegades per sobre de l'augment de la inflació. Citat a AGNELL, p. xx

23. PIGNARRE, p.19

24. AGNELL, p. 198

25. Recordem que un "blockbuster" és un medicament amb un volum de vendes anual superior als mil milions d'euros o de dòlars.

26. AGNELL, p. 11

27. AGNELL, p. 3



nen a llum” o “modifiquen” una realitat intrínsecament cultural. El mercat sempre té normes que el regulen. El “mercat lliure” (lliure mercat) no existeix; existeixen, això sí, el “mercat sal-

vatge”, que és el mercat regulat segons els interessos del rei de la selva o del goril·la de 500 kg., i el “mercat menys salvatge”, on les normes procuren temperar l’avidesa dels més forts<sup>28</sup>.

### **3.2. COM UTILITZEN LES FARMACÈUTIQUES EL SEU PODER ECONÒMIC**

Les grans companyies farmacèutiques utilitzen avui la seva riquesa i el seu poder extraordinaris per defensar els propis interessos a costa del benestar, la salut i la vida d’altres persones. D’acord amb l’informe elaborat l’any passat (2005) per la comissió d’experts del Parlament anglès, els interessos de la indústria farmacèutica i els del conjunt de la població no coincideixen: Aquesta comissió va constatar que és “essencial posar en marxa un règim regulador eficaç que aconseguixi que la indústria farmacèutica no perjudiqui el bé comú”<sup>29</sup> i determina que “l’objectiu dels nous medicaments hauria de ser aconseguir que els pacients obtinguin un benefici terapèutic real”<sup>30</sup>. Què significa aquest llenguatge? El parlament ha de regular que les companyies farmacèutiques es dediquin a crear medicaments que siguin útils per als pacients? Si no fan medicaments útils, a què es dediquen ara per ara aquestes companyies?

Com obtenen els beneficis mil mil·lionaris que fan que el mateix informe que estem citant afirmi que la indústria farmacèutica s’ha de considerar “una joia en la corona anglesa” perquè és la tercera indústria més rentable del país, darrera del turisme i la banca<sup>31</sup>? Com aconseguix els seus beneficis aquesta indústria si la seva activitat principal no és fer medicaments útils?

Les principals estratègies utilitzades avui per la indústria farmacèutica per obtenir els seus guanys mil milionaris són les següents:

1) comercialitzar i fer una pressió propagandística extraordinària dels medicaments que fabrica encara que no siguin útils i puguin ser nocius o fins i tot mortals;

2) explotar al màxim els medicaments (fins i tot els essencials) en forma de monopoli i en condicions abusives que no tenen en compte les necessitats

---

28. PIGNARRE, p. 129

29. HOUSE OF COMMONS. *The Influence of the Pharmaceutical Industry*. 22 març 2005. p.5

30. HOUSE OF COMMONS, p.7

31. HOUSE OF COMMONS, p.5

objectives dels malalts ni la seva capacitat adquisitiva;

3) reduir a la mínima expressió o eliminar del tot, en alguns casos, la investigació de les malalties que afecten principalment als pobres, perquè no són rentables, i concentrar-se en els problemes de les poblacions amb alt poder adquisitiu encara que no siguin malalties (com la proliferació de “medicaments” antienvelliment);

i 4) forçar les legislacions nacionals i internacionals perquè afavoreixin els seus interessos encara que sigui a costa de la vida de milions de persones.

### **3.2.1. Medicaments inútils, nocius o fins i tot mortals**

Dades de l'agència reguladora dels medicaments dels EEUU (FDA)<sup>32</sup> mostren que entre 1998 i 2002 es van registrar 8 suïcidis als EEUU entre els malalts d'epilèpsia que prenién gabapentina de la casa Pfizer (el nom comercial és Neurontin). En el primer semestre de 2003, el nombre de suïcidis enregistrat va ser de 17. Després que un bufet d'advocats nordamericà fes públiques aquestes dades i obrís un registre propi d'aquests incidents, en els 12 mesos que van de setembre de 2003 a agost de 2004 es van documentar 2.700 intents de suïcidi entre els malalts que pre-

nien gabapentina, 200 dels quals van acabar amb la mort del malalt. 2.500 intents fallits i 200 morts en 12 mesos. Al novembre de 2004 la revista *British Medical Journal* (BMJ) informava que, després de ser-los trameses aquestes dades, ni la companyia Pfizer ni l'agència reguladora FDA no havien pres encara cap mesura, ni tan sols la d'indicar en el prospecte l'increment del risc de suïcidi<sup>33</sup>. En el moment d'escriure aquestes ratlles he consultat la pàgina web de la companyia Pfizer. En els advertiments, Pfizer deixa constància de la possibilitat que el Neurontin incrementi el risc de suïcidi, però per tal de trobar aquesta informació s'han de llegir 26 pàgines d'explicacions farmacològiques i de possibles efectes secundaris<sup>34</sup>.

Pel que fa a l'antidepressiu sertralina (Zoloft), també de la casa Pfizer, el mateix BMJ informava que la companyia havia ocultat informació sobre els possibles efectes secundaris d'intent de suïcidi i agressivitat<sup>35</sup>. Després del cas de Christopher Pittman (un nen de 12 anys que va començar a mostrar un comportament altament agressiu poques setmanes després d'iniciar tractament amb sertralina i al cap de dos dies que li doblesin la dosi va assassinar els seus avis i va calar foc a la casa) i d'un acúmulo d'evidències en aquest sentit, l'agència europea de regulació dels medicaments finalment ha desaconsellat el seu ús en menors<sup>36</sup>.

---

32. Food and Drug Administration (FDA)

33. EATON, Lynn. "More surveillance of drugs is needed to protect public". *BMJ*, 2004;329:1124

34. [www.pfizer.com/pfizer/download/uspi\\_neurontin.pdf](http://www.pfizer.com/pfizer/download/uspi_neurontin.pdf)

35. LENZER, Jeanne. "Documents missing from a 10 year old murder case sent to the BMJ". *BMJ*, 2004; 329: 1365

36. EATON, Lynn. "Regulator restricts use of SSRIs in children". *BMJ*, 2005;330:984

Els medicaments inútils es coneixen en l'argot farmacèutic amb el nom de "medicaments del jo-també" (*me-too drugs*). Aquests medicaments es dissenyen i comercialitzen amb l'objectiu de substituir un medicament anterior la patent del qual està a punt d'expirar. Pel que fa a les seves propietats terapèutiques, són essencialment el mateix que el medicament anterior, però com que s'aproven com si fossin medicaments nous la companyia farmacèutica que els fabrica té dret a explotar-los en règim de monopoli protegit pel dret de patent durant uns quants anys. L'èxit dels medicaments inútils s'explica només pel poder del màrqueting sobre els metges i els pacients (vegeu l'apartat 4.2).

Un exemple d'aquests medicaments seria la cerivastatina de la casa Bayer (els noms comercials són Baycol, Lipobay, Cholstat i Staltor), un medicament anti-colesterol que l'any 2001 va haver de ser retirat del mercat després que es comprovés que havia estat causa de 1.100 casos de rabdomiòlisi severa (destrucció muscular que pot ser irreversible) i d'un centenar de morts<sup>37</sup>.

Un altre exemple encara més recent és el dels anti-inflamatoris Vioxx (de la casa Merck) i Bextra i Celebrex (de Pfizer). Aquests medicaments no van demostrar cap benefici objectiu en els assaigs clínics previs a la seva comercialització que els comparaven amb altres anti-inflamatoris ja existents<sup>38</sup>, pe-

rò als anys 1998 i 1999 van rebre el vist-i-plau de les agències reguladores perquè s'esperava que tinguessin menys efectes secundaris. Al setembre del 2004 Vioxx es va retirar del mercat després que es constatés que els seus efectes secundaris no només no eren menors sinó que fins i tot eren mortals (atacs de cor i embòlies). L'agència reguladora del medicament als EEUU va considerar que Vioxx podia haver estat responsable de 27.785 morts per atac de cor entre 1999 i 2003<sup>39</sup>. A l'abril de 2005 Bextra i Celebrex (de Pfizer) es van retirar també del mercat després d'uns quants mesos d'estira i arronsa amb les autoritats sanitàries que van posar de manifest la gran influència política d'aquestes companyies<sup>40</sup>.

Quan es desenvolupa un nou medicament, sempre hi ha un risc d'efectes secundaris no-desitjats que no s'han pogut detectar en la fase d'estudi. Amb això s'hi ha de comptar. Però, aleshores, si tot nou medicament té un risc potencial de causar efectes secundaris seriosos o fins i tot la mort, com és que es desenvolupen medicaments nous que no aporten cap millora terapèutica respecte a d'altres ja existents? Com és que els laboratoris els produeixen? Com és que les agències reguladores els aproven? Com és que els metges els recepten?

Dins d'aquest apartat de comercialització injustificada, cal mencionar per

---

37. PIGNARRE, p. 37; AGNELL, p. 81; vegeu també [www.humanite.fr](http://www.humanite.fr)

38. AGNELL, p. 269; PIGNARRE, p. 143

39. Estudi de David GRAHAM, director associat de ciència de l'oficina per la seguretat dels medicaments de l'agència reguladora dels medicaments dels EEUU (FDA's Office of Drug Safety). Citat a [www.consumeraffairs.com](http://www.consumeraffairs.com) i a l'informe HOUSE OF COMMONS, pàgina 4.

40. AGNELL, pp. 270-72

últim els medicaments destinats a guarir malalties –com la disfunció sexual femenina– que la indústria farmacèutica ha creat segons els seus interessos.

Alguns exemples de condicions de la vida humana que s'etiqueten de “malaltia” per poder comercialitzar medicaments que les guareixin serien la menopausa (per poder vendre tractaments hormonals substituïtoris que avui en dia han demostrat un nivell d'efectes secundaris inacceptable); la tristesa més o menys fisiològica, adaptativa o fins i tot creativa que s'etiqueta de depressió per poder vendre antidepressius (que ja hem vist que poden causar homicidis i suïcidis)<sup>41</sup>; i les dificultats de memòria pròpies de la gent gran que s'etiqueten de “dèficit cognitiu incipient” per poder vendre medicaments anti-demència (en saber que tenen demència els ancians es deprimeixen i aleshores, a més del medicament anti-demència, se'ls pot vendre un antidepressiu). En anglès tenen una expressió popular per denunciar aquesta penetració abusiva del model mèdic en àmbits de la vida que no li són propis; diuen: “*a pill for every ill*”<sup>42</sup>.

L'informe 2005 de la comissió d'experts del Parlament anglès constata que l'any 2003 es van vendre a Anglaterra 650 milions de medicaments de recepta (o sigui, sense tenir en compte tots els medicaments que es poden adquirir directament a la farmàcia sense que te'ls

recepti un metge). Aquest nombre reflecteix un increment del 40% respecte als medicaments venuts 10 anys abans i significa que cada ciutadà anglès pren una mitjana de 13,1 medicaments de recepta a l'any<sup>43</sup>. Aquest mateix informe especifica que “és clar que no es pot acusar en solitari a la indústria farmacèutica del problema de la medicalització de la societat, però aquesta indústria ha exacerbat el problema estimulando una confiança malaltissa en l'ús dels medicaments; la tendència actual és catalogar cada vegada més i més individus com a ‘anormals’ i necessitats de tractament farmacològic”<sup>44</sup>.

Segons la xarxa de centres regionals de farmacovigilància de França, cada any 1.300.000 francesos són hospitalitzats al sector públic a causa d'efectes indesitjables d'un medicament. Aquest número representa el 10% del total de les hospitalitzacions. D'aquestes persones una tercera part es troben en estat greu i 18.000 moren cada any (el doble del número de morts causats pels accidents de carretera)<sup>45</sup>.

### 3.2.2. Explotació de medicaments essencials en condicions abusives

En discutir la comercialització dels antiretrovirals a l'Àfrica, hem vist l'impacte brutal que la nova legislació sobre

---

41. HOUSE OF COMMONS, p. 8, constata que un 65% de persones que prenen antidepressius no els necessiten. Entre un 65 i un 95% la indicació és dubtosa. Només en un 5% dels casos l'antidepressiu està justificat mèdicament.

42. Podríem traduir “una prescripció (farmacèutica) per a cada preocupació”.

43. HOUSE OF COMMONS, p. 7

44. HOUSE OF COMMONS, p. 4

45. PIGNARRE, p.147. A Anglaterra, les hospitalitzacions a causa d'efectes secundaris de medicaments representen un 5% del total (cf. HOUSE OF COMMONS, p. 4).

patents que va entrar en vigor l'any 2005 està tenint sobre l'accés als medicaments essencials en els països pobres. Pignarre caracteritza així la resposta de les grans companyies farmacèutiques a les denúncies que els arriben de les organitzacions humanitàries:

“La indústria farmacèutica explica que tot atac al dret de patents al Tercer Món, i en particular a l'Àfrica en relació als medicaments contra la SIDA, significarà la fi d'unes investigacions que ja ningú no voldrà finançar. (...) No obstant, si es segueix aquest raonament, el progrés no podria continuar sino és al preu de milions de vides humanes que habiten al Tercer Món, i això tenint en compte que aquest progrés de què es parla és només una promesa ... Fins i tot, si fos una promesa plausible, es tractaria d'optar per perllongar la durada i la qualitat de vida de les poblacions privilegiades del Nord a costa d'escurçar de forma immediata, en decenes d'anys, l'esperança de vida en el Sud. La qual

cosa equival a condemnar el 90% dels qui tenen necessitat de medicaments per continuar vivint, per tal que els preus segueixin essent elevats per al 10% dels privilegiats! Aquesta dialèctica obscena en la que, de manera unànime, vol tancar-nos la indústria farmacèutica dels països rics, és l'inici d'un regnat de terror”<sup>46</sup>.

En plena polèmica sobre l'obligatorietat imposada als països pobres de respectar les patents abusives dels antiretrovirals a costa de la vida dels seus ciutadans, l'Oficina Mundial de la Propietat Intel·lectual (OMPI) –que forma part de l'ONU– va elaborar un document de propaganda a favor de les companyies farmacèutiques on es titllaven de “mites” i es refutaven amb arguments falsos les sis acusacions principals contra el sistema de patents. Reproduïm en versió resumida la formulació que va fer l'OMPI d'aquests “mites” i alguns dels comentaris que en fa Philippe Pignarre<sup>47</sup>:

*1. Les dificultats d'accés a l'atenció sanitària i de disponibilitat de medicaments essencials són conseqüència del sistema de patents.*

Si això és un mite, per què els països que no van respectar el sistema de patents (com ara l'Índia) han pogut actuar molt millor contra l'epidèmia de SIDA que els països que, de grat o per força, el van haver d'acceptar?

*2. El cost elevat dels medicaments és, principalment, una conseqüència del sistema de patents que permet que els industrials fixin preus artificialment elevats.*

Si això és un mite, per què el fluconazol, un medicament utilitzat en malalts de SIDA, té un preu de mercat que varia entre 14 i 25 euros en els països on Pfizer ha mantingut el seu monopoli i és només de 0,75 euros en els països on hi ha genèrics? Per què la companyia índia de genèrics Cipla proposa a MSF un cost

---

46. PIGNARRE, p. 121

47. PIGNARRE, pp. 125-27

anual de la triteràpia antisida de 350 euros per pacient contra els 10.400 euros exigits pels laboratoris occidentals?

3. *El sistema de patents afavoreix els interessos dels industrials a expenses del bé comú.*

A la pràctica hi ha contradicció entre els interessos dels industrials i el bé comú. El mercat en general –i molt particularment el mercat dels medicaments– no és lliure; està sotmès a regulació en tots els països. Actualment aquesta regulació afavoreix els industrials. Tal com recomana el comitè d'experts del Parlament anglès, caldria modificar les normes a favor de la salut pública.

4. *El sistema de patents impossibilita una autèntica competència.*

Això no ho diu ningú. Sí que permet la competència, però d'acord amb unes regles que no afavoreixen el bé comú.

5. *El sistema de patents és singularment injust amb els països subdesenvolupats, que han de donar resposta a situacions socials i econòmiques molt complexes i haurien d'estar exempts de les obligacions lligades a la propietat intel·lectual internacional, especialment en el cas de certs medicaments.*

Això no només no és cap mite sinó que és una urgència sanitària de primera magnitud. S'ha d'instaurar un fòrum internacional on els EEUU no tinguin dret de vet.

6. *Els tractats internacionals sobre la protecció per mitjà de patents impedeixen l'exercici del dret humà fonamental a disposar dels medicaments que poden salvar la vida.*

Com hem vist, hi ha casos en que això és cert. Per això cal un nou sistema de patents.

L'abús de l'actual sistema d'explo-tació de patents no afecta només als països del tercer món. Als països rics, cada vegada hi ha més gent que té dificultats per pagar els preu dels tractaments que els són prescrits. Aquestes persones han de fer equilibris entre les factures de queviures o de calefacció i les dels medicaments. Per reduir despeses, n'hi ha que prenen els medica-

ments dia sí dia no o que els comparteixen amb d'altres membres de la família. Als EEUU no és rar que el preu de prendre un medicament durant un any sigui de 1.500 dòlars. Les persones de més de 65 anys prenen en aquell país (i cada vegada més també en el nostre) una mitjana de 6 medicaments. Això representa una despesa de 9.000 dòlars a l'any<sup>48</sup>.

---

48. AGNELL, pp. xxi-xxii

### 3.2.3. Investigació en funció del guany econòmic potencial

L'any 2001, el grup per a l'estudi de les malalties oblidades de Metges sense Fronteres (MSF) va publicar un informe titulat *Desequilibri Fatal* que va impactar l'opinió pública. MSF va muntar una exposició itinerant per donar a conèixer millor els resultats de la seva investigació. L'informe va concloure que les malalties que afecten principalment els pobres no tenen gaire opcions terapèutiques disponibles i no s'investiguen gairebé gens encara que afectin de manera greu o mortal a milions de persones i siguin potencialment curables. Les malalties que afecten principalment els pobres s'investiguen poc i les malalties que afecten només els pobres no s'investiguen gens. Algunes d'aquestes darreres no tenen cap opció terapèutica, com la fase crònica de la malaltia de Chagas, una infecció que afecta milions de persones a Llatinoamèrica.

El títol de l'informe, *Desequilibri Fatal*, fa referència al fet que només el 10% de la investigació sanitària mundial (la de les companyies farmacèutiques més la de tots els governs i universitats del món) està dedicada a malalties que afecten el 90% dels malalts del món. És conegut l'escandalós desequilibri de riquesa del nostre món, on el 20% de la població mundial gaudeix i malbarata el 80% de la riquesa del planeta i el 80% de la població malviu i mor amb el 20% restant de recursos. Hom podria pensar que en l'àmbit de les malalties el desequilibri podria corregir-se en part perquè és un tema que des-

perta la compassió i les ganes d'ajudar i on hi ha moltes organitzacions internacionals implicades... etc. Doncs bé, el desequilibri entre pobres i rics propi del nostre món no només no es redueix pel que fa a la disponibilitat de medicaments sinó que es fa molt pitjor. El 90% dels recursos sanitaris es dediquen a investigar les malalties que afecten al 10% dels malalts (els del primer món), i només un 10% dels recursos es dediquen a investigar les malalties que afecten al 90% dels malalts. Aquesta dada es coneix com a "*desequilibri 10/90*"<sup>49</sup>.

Les malalties tropicals són malalties oblidades. Del total de 1.393 medicaments comercialitzats entre 1975 i 1999, només 13 (un 1%) estaven destinats al tractament d'una malaltia tropical. Les malalties oblidades inclouen: la malària, la tuberculosi, la malaltia de la son (tripanosomiasi africana), la malaltia de Chagas (tripanosomiasi sudamericana), l'úlcer de Buruli, el dengue, la leishmaniasi, la lepra, la filariasi i l'esquistosomiasi. Excepte les dues primeres, totes aquestes malalties afecten quasi exclusivament els pobres.

Fins fa molt poc, els pacients que patien la malaltia de la son tenien només una opció terapèutica que era molt dolorosa i altament tòxica perquè el medicament contenia arsènic. Pels qui pateixen la forma crònica de la malaltia de Chagas, no hi ha encara cap tractament (la malaltia només es dona a Llatinoamèrica i rep el nom del metge brasiler que la va descriure per primera vegada al 1909). L'agent causal és un paràsit transmès per insectes que piquen les persones i els inoculen la infecció.

---

49. "Fatal Imbalance" MSF, p.10

La fase aguda té una mortalitat molt alta sobretot en nens i la fase crònica té un 32% de mortalitat per les lesions cardíques i digestives ocasionades per la multiplicació del paràsit. S'estima que uns 20 milions de persones pateixen aquesta malaltia.

Els autors de l'informe de MSF, en col·laboració amb l'Escola de Salut Pública de Harvard, van enviar un qüestionari a les 20 companyies farmacèutiques més importants del món demanant-les informació sobre els seus programes d'investigació. Només 11 empreses van respondre, entre les quals 6 companyies de les 10 més importants. Com hem vist, aquestes companyies són gegants empresarials amb milers de milions de beneficis anuals. D'aquestes 11 empreses, no n'hi havia cap que investigués la malaltia de la son i només 3 van invertir alguna cosa en una de les altres dues malalties més oblidades del món: la malaltia de Chagas i la leishmaniasi.

Algú pot objectar que les empreses privades tenen el dret a invertir els seus diners allà on els plagui, però és que els diners que financen les investigacions no són només privats sinó que en 6 de les 11 companyies provenien de convenis amb la sanitat pública. És a dir que el públic en general paguem dues vegades pel mateix producte i, a més, no tenim control democràtic sobre les prioritats amb què es gasten aquests diners. Paguem primer per finançar les investigacions i després per adquirir el producte. Així no és d'estranyar el nivell de be-

nefícis! Dels 17 assaigs clínics que van validar els cinc medicaments més venuts durant l'any 1995 (Zantac, Zovirax, Capoten, Vasotec i Prozac), només un havia estat finançat per la indústria farmacèutica. Del conjunt d'estudis que van ser rellevants per a que s'arribessin a desenvolupar aquests cinc medicaments, només un 15% van ser finançats per la indústria farmacèutica; el 55% de la tasca investigadora va provenir dels NIH (institució pública que depèn del govern dels EEUU i es financia a través dels impostos) i el 30% restant d'institucions acadèmiques de fora dels EEUU, finançades la majoria d'elles també amb diners públics<sup>50</sup>. Un estudi del *Boston Globe* sobre els 50 medicaments més venuts del 1992 al 1997 va demostrar que 45 havien rebut finançament públic<sup>51</sup>.

Els investigadors de MSF deixen clar que no són únicament els laboratoris els responsables del desequilibri fatal sinó totes les institucions públiques i privades que col·laboren a què la producció de medicaments s'orienti de forma exclussiva al guany econòmic i menystingui el patiment dels malalts<sup>52</sup>. Si, com hem vist, les malalties més estudiades no són les malalties més greus que afecten a la humanitat, quines són, doncs? Segons el mateix informe de MSF, l'any 2001 la major part dels esforços financers i intel·lectuals de la recerca sanitària de tot el món van anar destinats a investigar la impotència (disfunció erèctil), l'obesitat i l'insomni<sup>53</sup>.

---

50. AGNELL, p. 65

51. AGNELL, p. 65

52. MSF, p. 10

53. MSF, p. 12



A més de no ser tinguts en compte a l'hora de decidir les prioritats de la investigació de nous medicaments, els malalts dels països pobres –especialment els africans– són utilitzats de conills d'índies per obtenir informacions sanitàries diverses que després es faran rendibilitzar sense que cap percentatge dels beneficis obtinguts torni a aquells que potser els han pagat amb la vida.

A Kènia, per exemple, i sota la responsabilitat de la Universitat de Washington, es van realitzar a finals de la dècada dels noranta estudis clínics per observar l'evolució natural de la malaltia de la SIDA. El que això significa és que, amb l'excusa que haurien mort igualment, es van sotmetre centenars d'africans a proves complementàries per analitzar com s'anaven deteriorant fins a la mort a mesura que avançava la infecció sense oferir-los en cap moment el tractament que podria haver-la aturat<sup>54</sup>.

L'any 2000, David Rothman en un estudi titulat "*La vergonya de la investigació mèdica*" va demostrar que en 15 dels 16 assaigs clínics que s'estaven duent a terme en països en vies de desenvolupament per estudiar un mètode més econòmic de prevenir la transmissió del virus de la SIDA durant l'embaràs, les dones dels grups control van rebre un placebo (una píndola de sucre) en lloc del tractament amb AZT que està demostrat que aconsegueix evitar la transmissió materno-fetal del virus. D'acord amb la convenció d'Helsinki per als protocols ètics de la recerca mè-

dica, el que s'hauria hagut de fer hauria estat comparar la nova alternativa terapèutica al tractament més eficaç de tots els ja existents. Això és el que va fer l'escola de Salut Pública de Harvard en el seu estudi a Tailàndia. Van ser els únics que ho van fer així. La resta d'estudis –que van reclutar un total de 17.000 dones– van permetre que la meitat d'aquestes dones es sotmetessin a les extraccions de sang i les proves complementàries requerides en els protocols de l'estudi i prengessin diàriament una pastilla que era de sucre i no servia per a res mentre la seva salut anava empitjorant per falta de tractament i el virus anava infectant els fills que tenien al ventre<sup>55</sup>.

### **3.2.4. Manipulació de la legislació del propi país i dels acords internacionals**

Que la indústria farmacèutica disposi als EEUU (seu de les companyies que dominen el mercat global) d'un nombre de "lobbyistes" professionals superior al nombre de congressistes, a la pràctica significa que cada parlamentari té assignats un o més d'aquests professionals que estudien el seu perfil psicològic, la seva història personal i laboral i detecten quins són els punts febles per on poden pressionar-lo per a que voti –o fins i tot proposi– en el Parlament lleis favorables als interessos de la indústria farmacèutica (que, com hem vist, són contraris al bé comú) i per a que voti en contra o desestimi les propostes contràries a aquests

---

54. PIGNARRE, p. 150

55. ROTHMAN, David. "The shame of medical research". *The New York Review of Books*, 30 novembre 2000. Citat a Pignarre, p. 150.

interessos. L'any 2002, 26 d'aquests 675 "lobbyistes" eren ex-parlamentaris i 342 d'aquests 675 eren ex-treballadors del Parlament, 20 dels quals havien gaudit de càrrecs directius<sup>56</sup>.

Ahora que cerquen d'influir als més alts nivells del govern suposadament democràtic dels EEUU, les companyies farmacèutiques han començat a desenvolupar una altra estratègia: promoure organitzacions que es presenten a si mateixes com a iniciatives espontànies promogudes i gestionades per ciutadans preocupats per un tema que els afecta, quan en realitat aquests ciutadans són treballadors de les companyies farmacèutiques pagats per promoure els interessos d'aquestes companyies "des de baix" i sense que es noti<sup>57</sup>. Aquestes associacions són especialment útils quan es comença a parlar de la possible retirada del mercat d'un medicament nou a causa dels seus efectes secundaris. Quan això passa, aquestes associacions "espontànies" es queixen i s'encarreguen de bombardejar els mitjans de comunicació amb un allau de testimonis de pacients que declaren han experimentat una gran millora amb el nou medicament que ara es vol retirar i que no l'havien experimentada mai abans amb cap altre medicament (i que, a canvi del seu testimoni, reben diners o d'altres compensacions de part de les companyies farmacèutiques que comercialitzen el medicament que ells declaren que els és vital).

Una conseqüència directa i nefasta d'aquesta influència indeguda i d'aquesta manipulació antidemocràtica és

que ni l'agència reguladora dels medicaments dels EEUU (la FDA) ni cap altra agència reguladora del món no exigeix el que sembla lògic i natural en un mercat tan sensible com el dels medicaments: tenint en compte que els efectes secundaris d'un medicament nou poden ser mortals, sembla obvi que l'agència reguladora exigeixi que per poder rebre el vist-i-plau necessari per comercialitzar un medicament nou s'hagi de demostrar que aquest medicament és millor que els tractaments disponibles fins a aquell moment. Aquest no és el cas. Per poder comercialitzar un medicament nou n'hi ha prou amb demostrar que és millor prendre aquest nou medicament que no fer cap tractament. Així, els estudis clínics no es fan comparant l'eficàcia del nou medicament amb algun dels antics, sinó comparant l'eficàcia del nou medicament amb el "placebo" (una píndola de sucre).

Que per patentar un medicament nou no calgui demostrar que aquest medicament representa una millora sobre els ja existents, explica la proliferació de medicaments del "jo-també". Medicaments que, a més de ser inútils, poden provocar la mort o malalties greus i irreversibles. Per a una companyia farmacèutica és molt més rentable imitar un medicament ja existent i comercialitzar-lo amb una patent nova quan se li acaba el dret a explotar en règim de monopoli la patent del primer, que no pas investigar noves molècules des del principi. Del 2000 al 2004 es van aprovar als EEUU 314 medicaments nous dels

---

56. AGNELL, p. 198

57. AGNELL, p. 201

quals només 32 poden considerar-se veritablerment “nous”<sup>58</sup>.

Com veurem, aquesta possibilitat de rendibilitzar la indústria produint medicaments que són simples imitacions dels medicaments ja existents i que no signifiquen cap innovació té molt a veure amb la crisi en què es troba aquesta indústria actualment (vegeu l’apartat 4.1).

Que les agències reguladores exigeixin que els medicaments nous demostrin ser una millora per tal de poder-se patentar sembla una demanda bàsica, però potser més bàsic encara seria que els medicaments fossin avaluats per organismes independents i no pels mateixos que els han d’explotar econòmicament. En aquests moments, no hi ha cap país del món que disposi d’un organisme independent per avaluar l’eficàcia i la seguretat dels medicaments. Les agències reguladores existents avaluen les dades que els ofereixen les companyies farmacèutiques, però no duen a terme cap estudi propi. Les companyies farmacèutiques fabriquen els medicaments, els avaluen i els comercialitzen. L’única tasca que queda fora de les seves competències directes és la necessària aprovació prèvia a la comercialització. Aquesta és competència de les agències reguladores que són les mateixes que, després que un medicament hagi estat aprovat, vetllen també per detectar l’aparició d’efectes secundaris no previstos i són responsables d’ordenar la retirada d’un medicament del mercat si els seus efectes secundaris es demost-

ren perillosos. Han intentat les companyies farmacèutiques utilitzar el seu immens poder per controlar també les agències reguladores? La resposta és sí. Ho han aconseguit? Als EEUU, en bona part sí. Vegem-ho.

L’any 1992, el Congrés dels EEUU va aprovar una llei que permetia a les companyies farmacèutiques accelerar la tramitació de les noves patents a canvi d’una compensació econòmica<sup>59</sup>. La manera com això funciona és que qualsevol companyia farmacèutica que vulgui patentar un nou medicament pot pagar –si vol– una suma considerable a l’agència reguladora FDA per a que aquesta pugui contractar més treballadors i així es pugui decidir amb més diligència si un determinat medicament s’ha d’aprovar o no. Oficialment, no es tracta de comprar el “vist-i-plau” governamental sinó simplement de contribuir econòmicament al millor funcionament de l’agència reguladora. A la pràctica, però, el que ens trobem és que els llocs de treball dels funcionaris que han d’aportar la informació necessària per a que es decideixi si un medicament s’aprova o no depenen en darrer terme de la companyia farmacèutica que té interès a patentar aquell medicament<sup>60</sup>. En aquestes condicions, no és d’estranyar que des que es va aprovar aquesta llei hi hagi hagut un increment no del nombre de patents concedides (cosa lògica tenint en compte que s’ha augmentat el nombre de treballadors), sinó del seu percentatge (abans s’avaluaven posseint per cas 10 medicaments nous cada

---

58. AGNELL, p. 234

59. Prescription Drug User Free Act, 1992.

60. AGNELL, 208-11.

any i es concedia el vist-i-plau a 5; ara se n'avaluen posem per cas 100 i es concedeix el vis-i-plau no a 50 com seria d'esperar, sinó a 80). Aquesta situació irregular i comprometedora de la neutralitat dels investigadors de la FDA no hauria estat possible sense que la indústria farmacèutica controlés al mateix temps el nomenament del màxim càrrec directiu de la FDA (cosa que ha fet, per exemple, en bloquejar l'any 2002 la candidatura del respectat catedràtic de farmacologia Dr. Alastair Wood a favor del poc reconegut Dr. Mark McClellan que, a part de ser germà del secretari de premsa de la Casa Blanca, tenia el mèrit d'estar del tot a favor de la política del lobby de les companyies farmacèutiques PhRMA i de les seves pràctiques fraudulentoses. El Dr. McClellan ha estat la màxima autoritat de la FDA de l'any 2002 al 2004<sup>61</sup>.

Però això no és tot. L'any 1997, el Congrés va legislar que una companyia informàtica anomenada Drugdex estaria des d'aquell moment (a més de les dues companyies sense afany de lucre que havien fet fins aleshores aquesta feina) autoritzada a elaborar i distribuir a canvi d'una subscripció anual de 3.823 dòlars, un llistat propi dels usos dels medicaments destinat a ampliar de manera oficial els usos reconeguts per l'agència reguladora FDA en el moment de garantir la patent.

Podem preguntar-nos: és possible utilitzar un medicament per a un ús que no estigui reconegut per l'agència reguladora dels medicaments? La resposta és que sí, perquè els metges estem en

principi autoritzats a fer servir els medicaments de la manera i amb les dosis que ens semblin oportunes, sempre sota la nostra responsabilitat i essent conscients que podem ser denunciats si en fem un ús indegut. Però un ús indegut no equival a un ús no sancionat per l'agència reguladora. Els metges hem de tenir un marge de maniobra reconegut i respectat i és correcte que sigui així. Ara bé, una cosa és permetre que cada metge o cada metge utilitzi el seu criteri clínic com li sembli oportú sota la seva responsabilitat directa, i una altra de molt diferent és crear, amb empara parlamentària, un segon llistat oficial d'usos dels medicaments paral·lel al de l'agència oficial reguladora dels medicaments i molt més ampli.

El benefici directe per a la indústria farmacèutica és clar: *com més indicacions tinguin els medicaments, més mercat potencial*. L'empresa Drugdex no pertany a cap companyia farmacèutica, però forma part del grup empresarial Thomson Corporation que es dedica a organitzar i impartir cursos de formació permanent per a metges. El vincle amb les companyies farmacèutiques s'estableix així:

1) una companyia farmacèutica té interès a ampliar les indicacions d'un dels seus medicaments;

2) entra en contacte amb Drugdex per demanar-li que inclogui la nova indicació a la seva llista;

3) Drugdex la inclou sense avaluar amb prou rigor les dades aportades per la companyia farmacèutica;

---

61. AGNELL, 211-14.

4) a canvi, la companyia farmacèutica financia un curs de formació permanent impartit pels professionals del grup empresarial Thomson al qual pertany Drugdex;

5) per acabar-ho d'arrodonir, el tema del curs és, naturalment, les noves indicacions del medicament en qüestió.

A mesura que el curs s'imparteix en més i més centres mèdics, el grup Thomson hi guanya perquè imparteix el curs i cobra per fer-ho, i la companyia farmacèutica hi guanya perquè els metges allionats pels professionals de Thomson comencen a receptar el medicament en qüestió per a les noves indicacions i n'amplien així obedientment el mercat i els beneficis. Els metges que rezepten medicaments per a indicacions llistades a Drugdex estan coberts legalment si sorgeixen complicacions i, a més, el programa públic Medicare que ajuda a la gent gran dels EEUU a pagar el preu de les receptes de medicaments, està obligat per llei a remunerar almenys parcialment les receptes si les indicacions estan llistades a Drugdex<sup>62</sup>.

A través del programa Medicare tenim una transferència directe de diners públics als fons de les companyies farmacèutiques, i la resta de beneficis provenen de les butxaques dels pacients nordamericans, especialment dels més grans que són els que prenen més medicaments.

El medicament Neurontin (gabapentina) del qual he parlat a l'apartat 3.2.1, a més de servir per a l'epilèpsia,

que és la indicació mèdica per a la qual se li va reconèixer la patent, pot ser "oficialment" utilitzat per a 48 indicacions més segons el llista de Drugdex. Aquestes indicacions addicionals inclouen causes tan comunes com el singlot, el tractament per deixar de fumar o la migranya. Cal recordar aquí el que hem dit en l'apartat 3.2.1 del Neurontin: en primer lloc que és un medicament dels de "jo-també", és a dir, que no hauria d'haver estat aprovat perquè no aporta cap benefici real; i en segon lloc "que en els 12 mesos que van de setembre de 2003 a agost de 2004 es van documentar 2.700 intents de suïcidi entre els malalts que prenen Neurontin, 200 dels quals van acabar amb la mort del malalt" i que "en els advertiments, Pfizer deixa constància de la possibilitat que el Neurontin incrementi el risc de suïcidi, però per tal de trobar aquesta informació s'han de llegir 26 pàgines d'explicacions farmacològiques i de possibles efectes secundaris"<sup>63</sup>. Com pot ser que s'aprovi oficialment un medicament amb aquest perfil d'efectes secundaris per tractar 48 condicions mèdiques diferents?

En aquest context, no és d'estranyar que la comissió d'experts del Parlament anglès hagi recomanat que el seu sistema de salut pública adquireixi la capacitat de dur a terme els seus propis estudis i que sigui dotat de les competències necessàries per poder exigir a les companyies farmacèutiques que vulguin patentar medicaments nous que facin assaigs clínics comparatius

---

62. AGNELL, 202-06

63. Vegeu l'apartat 3.2.1 d'aquest quadern.

amb els medicaments ja existents que demostrin que els nous medicaments són més eficaços<sup>64</sup>.

Pel que fa a la política internacional, les pressions de les grans companyies farmacèutiques estan mediades de dues maneres:

1) a través de la pressió del govern dels EEUU sobre d'altres països als qual amenaça amb sancions econòmiques i als quals imposa pactes bilaterals desavantajosos per a ells i beneficiosos per a la indústria farmacèutica nord-americana;

2) a través de l'OMC<sup>65</sup>, un dels primers acords de la qual va ser l'ADPIC (TRIPS)<sup>66</sup> que, a més d'imposar un sistema de patents abusiu a tots els països –inclosos els països en vies de desenvolupament– va allargar el temps d'explotació de les patents farmacèutiques de 17 a 20 anys.

En el moment de la creació de l'OMC i la imposició de l'ADPIC (any 1995), la majoria dels països del món ni tan sols reconeixien que es poguessin patentar els medicaments, perquè no els consideraven productes comercials, sinó articles “de primera necessitat” als quals calia reconèixer dret d'accés a tots els malalts, independentment de la seva capacitat econòmica.

Les imposicions de l'OMC van aprovar-se l'any 1995, però als països

pobres se'ls va donar de temps fins al 2005 per preparar-se. El govern de Sudàfrica, en adonar-se que l'aplicació de la nova llei significaria la impossibilitat de tractar la seva població per manca de diners i que això ocasionaria una extensió de l'epidèmia de la SIDA, va anunciar a finals dels anys noranta que passaria a produir medicaments antiretrovirals genèrics en laboratoris propis. La indústria farmacèutica va pressionar el govern dels EEUU i l'administració Clinton va amenaçar Sudàfrica amb sancions comercials insostenibles si s'atrevia a produir els seus propis medicaments.

On és, en tot això, el “lliure mercat”? No hi ha lliure mercat. Hi ha “mercat salvatge” que és el mercat regulat per les lleis que afavoreixen els capricis dels més forts a costa de la vida dels més febles.

El 17 de febrer de 2006, el diari anglès *The Independent* va publicar una notícia que fa veure fins a quin punt és abusiva l'actuació de les companyies farmacèutiques en relació als països pobres i, en concret, a l'Àfrica<sup>67</sup>. L'article denuncia el fet que les companyies farmacèutiques recorrin des de fa anys el continent africà a la recerca de recursos naturals aprofitables per a la seva indústria i els explotin pel seu propi benefici fent cas omís de la convenció de l'ONU sobre la biodiversitat i la sobirania d'un país sobre els seus recursos

---

64. HOUSE OF COMMONS, p. 116 recomanacions 18-20 (vegeu el resum de les recomanacions del comitè d'experts de la Cambra dels Comuns a l'apartat 4.2 d'aquest quadern).

65. Organització Mundial del Comerç (OMC).

66. Acord sobre els Drets de Propietat Intel·lectual vinculats al Comerç (ADPIC; TRIPS en anglès).

67. BUNCOMBE, Andrew. “African bio-resources 'exploited by West'”. *The Independent*. 17 febrer 2006.

68. Convenció internacional sobre diversitat biològica. ONU, 1992.

naturals<sup>68</sup>. La companyia farmacèutica SRPharma va utilitzar un micobacteri descobert a Uganda als anys setanta per desenvolupar un medicament per tractar les malalties víriques cròniques, inclosa la infecció per VIH/SIDA. El director general de SRPharma va reconèixer que la seva companyia no va oferir a Uganda cap compensació econòmica tot i que aquest micobacteri –així com tots els recursos naturals de qualsevol país– està protegit per la legislació internacional sobre biodiversitat. SRPharma no va respectar la legislació internacional, no va compensar Uganda pel fet d'explotar un recurs natural d'aquest país en benefici propi i tampoc li va permetre a Uganda utilitzar el medicament fabricat amb el seu micobacteri per tractar els malalts ugandesos. El director general de SRPharma es queixa en aquest article que aquest medicament no va generar els beneficis esperats i calla que va atraure 20 milions de dòlars per finançar-ne el desenvolupament.

La casa Bayer, per la seva banda, s'ha beneficiat de la descoberta d'una soca bacteriana al llac Ruiru de Kènia a partir de la qual ha fabricat un medicament per tractar la diabetis (Precose o Glucobay). Aquest medicament ha generat més de 380 milions de dòlars en vendes. El grup Bayer, violant les mateixes convencions internacionals que quan van en benefici propi no té cap reserva en imposar als altres, tampoc no ha ofert res a canvi a Kènia. Bayer va admetre els fets però es va defensar indicant que encara que l'origen del medicament és la soca bacteriana de Kènia, el seu desenvolupament biotecnològic fa que el producte final sigui completament diferent i conclou que “el que nosaltres hem patentat no és la soca bacteriana sinó el producte final”. Les investigadores responsables de l'estudi sobre les violacions al conveni de la biodiversitat a l'Àfrica<sup>69</sup>, conclouen ben altament: “Ens trobem davant d'una nova forma de colonialisme”.

---

69. Mariam Mayet, del Centre Africà per la Biodiversitat, i Beth Burrows, de l'Institut Edmonds.

## 4. UNA CRISI INTERNA

### LA CAPACITAT D'INNOVACIÓ TERAPÈUTICA SUBSTITUÏDA PER UN MÀRQUETING

---

En el bieni 1994-96, els grans laboratoris estaven disposats a pagar 59 milions de dòlars a un laboratori més petit per adquirir una molècula que hagués completat amb èxit les fases d'estudi preclíniques, amb la intenció de dur a terme sota la seva responsabilitat els necessaris estudis clínics i poder patentar al seu nom i comercialitzar en benefici propi els medicaments obtinguts. En el bieni 2000-02, la xifra que aquests mateixos grans laboratoris estaven disposats a pagar havia augmentat a 148 milions de dòlars<sup>70</sup>.

#### 4.1. CRISI ACTUAL DE LES COMPANYIES FARMACÈUTIQUES

---

Aquesta dada revela el motiu de la gran crisi en què sembla a punt d'entrar la indústria farmacèutica: *la seva capacitat innovadora pràcticament ha desaparegut*. I sense capacitat innovadora la indústria no té futur. Això ho va re-

flectir el *The Wall Street Journal* l'any 2003 en constatar que les accions de les empreses farmacèutiques havien estat perdent valor durant més d'un any<sup>71</sup>. L'estudi prospectiu realitzat per la consultoria d'IBM va concloure que "El be-

---

70. PIGNARRE, p. 39

71. En el moment d'escriure aquestes ratlles es publica la notícia que el valor de les accions de la companyia farmacèutica SkyePharma s'ha reduït a la meitat en els darrers 5 anys i que l'any passat la companyia va ser incapaç de trobar un soci financer per poder promocionar el seu nou medicament antiasmàtic Flutiform (KOLLEWE, J. "SkyePharma rebels lose vote to appoint Thian on board". *The Independent* 10 març 2006).



nefici per acció ofert pels 20 primers laboratoris mundials als seus accionistes, que en el període 1993-98 havia estat del 28% de promig, va caure al 4-5% en els següents cinc anys”<sup>72</sup>.

Una altra dada significativa és la freqüència creixent i el volum de les fusions que han tingut lloc entre les diferents grans companyies farmacèutiques en els darrers anys. L’any 2002, Pfizer va esdevenir el primer laboratori mundial després de fusionar-se amb Warner Lambert i Pharmacia (que al seu torn havia comprat Upjohn i Monsanto). Pfizer va passar amb aquesta fusió a posseir l’11% del mercat global. 5 anys abans, Merck era el número 1 però tenia només el 5% del mercat mundial<sup>73</sup>.

Aquesta extraordinària concentració de capital crea empreses-monstre molt difícils de gestionar, desestructura els equips investigadors i els subordina a càrrecs administratius no-científics que interfereixen en les seves línies de recerca. J. Drews, ex-investigador de Hoffmann LaRoche, afirma: “La indústria farmacèutica està substituint la seva antiga organització investigadora per un muntatge tècnic que encara és capaç de fer anàlisis, experiències amb animals i síntesis químiques, però que es troba totalment incapaç de desenvolupar noves idees o conceptes. Les divisions d’investigació dels grans laboratoris han deixat de ser autònomes i ja no poden autogestionar-se. Estan dirigides per ju-

ristes, financers, venedors i gerents comercials incapaços d’imaginar el futur si no és com a successió lineal dels desenvolupaments ja existents (...) La indústria farmacèutica ha creat unes condicions que eliminen l’originalitat, la creativitat i la llibertat i afavoreixen el consens, la imitació, la submissió i l’esperit repetitiu”<sup>74</sup>.

L’any 1990, un investigador eficient podia arribar a provar contra els “blancs biològics” coneguts la capacitat reactiva de 2.000 molècules noves en un any. L’any 2000, un robot com els que estan avui a disposició dels grans laboratoris, podia provar 6.000 molècules en un sol dia<sup>75</sup>. Però aquest increment quantitatiu no s’ha traduït en un augment de la innovació, ans al contrari. En cinc anys (de 1998 a 2002) es van aprovar als EEUU 415 medicaments nous. D’aquests només 133 (32%) estaven basats en molècules noves i d’aquests 133 només 58 eren molècules noves amb efectes diferents dels efectes dels medicaments ja coneguts. La distribució d’aquests 58 medicaments veritablement nous va ser: al 1998 se’n van descobrir 16, al 1999 se’n van descobrir 19, al 2000 només 9, i al 2001 i al 2002 només 7 cada any. Aquesta és la productivitat real de la indústria més rentable econòmicament als EEUU. Una productivitat irrisòria tenint en compte els diners invertits (uns 30 mil milions de dòlars) i el volum de les aproximadament 35 empreses implicades (l’any

---

72. LORELLE, Véronique. “Les industriels devront accélérer le lancement de médicaments plus ciblés”. *Le Monde*, 15 gener 2003., citat a PIGNARRE, p. 29.

73. PIGNARRE, p. 85

74. DREWS, Jürgen. *In Quest of Tomorrow's Medicines*. Springer: Nova York, 1998. p. 221, citat a PIGNARRE, p. 91.

75. PIGNARRE, p. 105

2003 Pfizer comptava ella sola amb més de 60 fàbriques distribuïdes en 32 països)<sup>76</sup>.

Les conseqüències d'aquesta política errònia han començat a fer-se evidents per a tots els implicats. Arran de les controvèrsies sobre les patents dels anti-SIDA a l'Àfrica, la política i privilegis de la indústria farmacèutica han estat qüestionats a nivell internacional. A nivell dels EEUU (la meitat del mercat global de medicaments), els dos factors més importants que han desvetllat la consciència crítica han estat:

a) la creixent diferència de preus entre els EEUU i el Canadà pel que fa als medicaments protegits per una patent; i

b) el caràcter superflu i potencialment perillós dels medicaments del "jo-també".

Vegem aquests factors amb una mica més de detall.

a) El preu d'un medicament protegit per una patent és a Europa o al Canadà la meitat o fins i tot un terç del preu del mateix medicament als EEUU. Des de 1987, als EEUU és ilegal importar medicaments del Canadà. Malgrat això, al 2002 més d'un milió de ciutadans dels EEUU compraven regularment els seus medicaments a farmàcies del Canadà (en moltes poblacions properes a la frontera s'organitzaven autobusos amb aquesta finalitat). Un any més tard, el 7% dels ciutadans dels EEUU compraven medi-

caments al Canadà a través d'internet (el nombre de farmàcies canadenques a l'internet va passar de 10 al 1999 a 140 al 2003). La ciutat d'Springfield (Massachussets) va decidir que per reduir despeses administratives compraria al Canadà tots els medicaments dels seus funcionaris públics. Un desafiament obert fet amb la intenció de denunciar els preus abusius. Boston i representants governamentals de 12 estats més s'han adherit a la denúncia d'Springfield i estan cercant alternatives per adquirir els medicaments a preus més raonables<sup>77</sup>.

b) Les grans companyies d'assegurances i un nombre creixent d'estats han elaborat i aprovat formularis que exclouen els medicaments del "jo-també". Això significa que les companyies d'assegurances només cobreixen el cost dels medicaments dels seus assegurats si aquests medicaments consten al seu formulari. En el cas dels estats, l'elaboració d'un formulari afecta a les persones de més de 65 anys que tenen dret a acollir-se a un programa (Medicaid) que cobreix en part el cost dels medicaments. Com en el cas de les companyies d'assegurances, els estats només cobriran el cost dels medicaments que constin en el seu formulari, i no el dels que constin en els llistats oficials d'abast federal controlats per la mateixa indústria farmacèutica. L'any 2001 només dos estats tenien formulari; l'any 2003, la meitat dels estats dels EEUU en tenien<sup>78</sup>.

---

76. AGNELL, p. 221

77. AGNELL, pp. 220-21

78. AGNELL, p. 227

## 4.2. MÀRQUETING VS. INNOVACIÓ TERAPÈUTICA

---

Un estudi oficial dut a terme per una comissió d'experts nomenada pel Congrés dels EEUU, va estimar que el cost de producció d'un nou medicament era l'any 1993 de 802 milions de dòlars<sup>79</sup>. El "Centre per l'Estudi d'una Legislació Responsable" de Washington va fer un contrainforme avaluant el cost dels medicaments que eren finançats a parts iguals per les companyies farmacèutiques i per diners públics (els medicaments anomenats orfes, que representen el 20% dels medicaments comercialitzats als EEUU i corresponen a medicaments el mercat potencial dels quals és massa petit per compensar les despeses d'investigació). El cost total de producció d'un medicament orfe va ser de fins a tres vegades menys que el d'un medicament totalment produït per una companyia farmacèutica. Aquesta disparitat es produeix perquè en el cas dels medicaments produïts per una companyia farmacèutica a l'apartat de "producció" s'inclouen part de les despeses que són pròpiament de "promoció". En el cas dels medicaments orfes, això no es pot fer perquè el compromís és de repartir a parts iguals les despeses de "producció", i no les de màrqueting.

La conclusió és que *la major part de les despeses de les companyies farmacèutiques són actualment despeses de màrqueting*, però no es presenten com a tals sinó que es fan passar com a despeses d'investigació o de producció per

poder encarir així encara més els medicaments.

Al 2001, els metges dels EEUU van rebre les visites d'un total de 88.000 representants de la indústria farmacèutica que, a més de repartir-los 11 mil milions de dòlars en mostres gratuïtes dels nous medicaments perquè "els provessin" amb els seus pacients, els van oferir regals personals, viatges i d'altres compensacions.

Els EEUU i Nova Zelanda són els dos únics països industrialitzats on està permès fer propaganda directa als pacients dels medicaments de recepta. A la resta de països està prohibit perquè la vulnerabilitat del pacient pot ser manipulable i la probabilitat que un metge tingui en compte els desigs del seu pacient a l'hora de receptar és també elevada, sobretot quan és qüestió d'escollir entre medicaments que tenen els mateixos efectes terapèutics, com són els medicaments del "jo-també".

Dos exemples de com pot ser manipulada aquesta vulnerabilitat són:

a) els anuncis de medicaments del "canal pacient" (un canal de TV que només s'emet als hospitals). Hom s'ha d'imaginar un pacient ajagut al llit de l'hospital, preocupat perquè no s'acaba de trobar bé i que va sentint tota classe d'informacions esbiaixades sobre els nous medicaments que podrien guarir-lo, presentades moltes vegades per per-

---

79. "Estudio OTA". *Marketletter*. 13 gener 1997, pp.24-25, citat a PIGNARRE, p. 24.

sonatges famosos del món de l'espectacle o els esports;

b) el segon exemple són els estudiants de les escoles secundàries i els campus universitaris als quals es va dirigir una campanya massiva de promoció dels medicaments antidepressius; els centres docents, a canvi de grans quantitats de diners, permetien que metges pagats per les companyies farmacèutiques fessin conferències als estudiants i els encoratgessin a demanar als seus metges o als metges del campus que els receptessin antidepressius per solucionar els problemes de personalitat i creixement propis dels adolescents i els joves.

Un testimoni personal: recordo el gran impacte que ens va fer a tots els residents de medicina interna, una conferència d'assistència obligatòria que ens van oferir pocs mesos després d'haver arribat a l'hospital de Buffalo (Nova York) on hauríem de fer la resi-

dència durant tres anys. Ens van informar que la taxa de suïcidis entre els residents de primer any era molt alta i que faríem bé en cercar quan abans millor tractament per a la nostra depressió (tots estèvem morts de son i molt cansats per tantes hores de guàrdies). Ens van informar també que havia sortit un nou tractament que semblava que podia prevenir la depressió. Vaig tenir sort que el meu metge-tutor, un ex-metge de l'exèrcit d'una certa edat i molta experiència, em va advertir dels interessos que amagava aquell "acte acadèmic". Em fa impressió pensar que em podia haver mort o quedat malalta per tota la vida a causa dels efectes secundaris d'un medicament que havia estat produït només per afany de lucre, avaluat i aprovat amb poc rigor, que jo no necessitava per a res i que m'havia estat promocionat en un moment especialment vulnerable. A mi no em va passar, però a d'altres —a milers d'altres— sí que els ha passat.

## 5. UNA OPORTUNITAT PER DESMANTELLAR EL SISTEMA

---

Totes les fonts consultades per a l'elaboració d'aquest Quadern coincideixen en afirmar que el malfuncionament de la indústria farmacèutica es pot corregir (i s'ha de corregir amb urgència) en benefici dels malalts, tant els del primer com els del tercer món, i també en benefici de la mateixa indústria que, com hem vist, ha entrat en crisi. Resumiré a continuació les conclusions dels autors més citats en aquest quadern.

### PRINCIPALS CONCLUSIONS DE M. AGNELL, 2005<sup>80</sup>

---

1. Les companyies farmacèutiques produeixen massa medicaments del “jo-també” i massa pocs medicaments veritablement nous.
2. L'agència reguladora més influent del món (la FDA dels EEUU) està massa vinculada a la indústria que té l'obligació de regular.
3. Les companyies farmacèutiques tenen massa control sobre els assaigs clínics que serveixen per avaluar l'eficàcia i la seguretat dels seus propis productes.
4. Les patents i d'altres drets de monopoli tenen una durada excessiva i són massa elàstics.  
Els medicaments es patenten abans d'haver realitzat els assaigs clínics que han de demostrar la seva eficàcia i confirmar la seva seguretat. Amb això, la durada de la patent comença a comptar quan encara no es pot co-

---

80. La Dra. Marcia Agnell ha estat editora en cap durant quasi 20 anys de la revista mèdica de més impacte, el *New England Journal of Medicine*.

mercialitzar el medicament. Així, a la durada de 20 anys prevista a la legislació actual se li han de restar normalment de 3 a 5 anys per completar els estudis clínics. Caldria modificar aquesta legislació de manera que el rellotge comenci a comptar en el moment de comercialitzar el medicament i no abans. (...) La durada de la patent podria ser de 6 anys.

(...) Els múltiples trucs legals per mitjà dels quals les companyies farmacèutiques propietàries d'una patent bloquegen rutinàriament l'entrada al mercat dels medicaments genèrics durant 30 mesos després que hagi ex-

pirat la seva patent s'han de denunciar i s'ha de modificar la legislació per a que aquest abús no sigui possible.

5. Les companyies farmacèutiques tenen massa influència en l'educació mèdica que té a veure amb els seus productes (...).
6. Hi ha informació important sobre la recerca, el desenvolupament, el màrqueting i la determinació del preu dels medicaments que es manté secreta.
7. Els preus dels medicaments són massa alts i massa variables.

## **PRINCIPALS CONCLUSIONS DE P. PIGNARRE<sup>81</sup>**

---

Els ciutadans han d'intervenir a aquests tres nivells ...

1. Definició de les prioritats d'investigació i d'assignació de recursos.
2. Desenvolupament de la investigació (sb. els assaigs clínics).
3. Comercialització: política de patents i preus, per tal d'aconseguir els objectius següents:
  - a) Obrir licitacions segons prioritats nacionals i internacionals definides de la manera més democràtica possible (es podrien aleshores garantir unes condicions de comercialització extraordinàries per a qui trobi una

cura per a una d'aquestes malalties prioritàries).

- b) Donar valor als principis actius i no als noms comercials (que les capses de medicaments –a l'inrevés del que es fa ara– portessin ben visible el nom genèric i ben petit el nom comercial).
- c) Premiar el valor afegit real i no el valor de promoció (un progrés de guarició del 4 o 5 % no té perquè comportar un preu que sigui 10, 15 o fins i tot 100 vegades superior!).
- d) Negociar la durada de les patents; per exemple, es podrien allargar als països rics a canvi d'eliminar-les als paï-

---

81. Philippe Pignarre ha estat directiu durant disset anys d'una gran companyia farmacèutica i actualment professor de la Universitat de Paris-VIII.

- sos pobres (Bristol-Myers Squibb l'any 2001: va anunciar que cada 5 anys faria una donació de 100 milions d'euros per lluitar contra la SIDA a l'Àfrica ... però no va alliberar les patents).
- e) Crear un observatori de la investigació, un registre independent dels processos reals que han conduït a la troballa d'un nou medicament (per poder racionalitzar la inversió i evitar enganys). (...).
- f) Decidir democràticament. Això hauria de ser una constant de tota la dinàmica econòmica, però en el cas de la indústria farmacèutica és plenament operatiu i factible i d'implementació immediata, perquè per desenvolupar un nou medicament calen assaigs clínics i els assaigs clínics es fan amb grans nombres de pacients (i.e. de ciutadans) que han de donar el seu consentiment informat (el seu vist-i-plau).

## **PRINCIPALS CONCLUSIONS DE L'INFORME *DESEQUILIBRI FATAL DE METGES SENSE FRONTERES*, 2001**

---

1. Les malalties que afecten principalment els pobres no s'investiguen perquè la seva investigació no resulta rentable per a la indústria farmacèutica.
2. L'OMS ha d'elaborar un pla d'acció eficaç per resoldre aquest problema.
3. Els governs dels països rics i dels països pobres han d'intervenir per compensar les deficiències de l'economia de mercat actual.
4. Cal dur a terme una anàlisi completa i ajustada del cost real de producció d'un nou medicament.
5. A canvi dels diners públics que s'inverteixin en l'estudi i desenvolupament d'un nou medicament s'ha d'exigir que aquest medicament sigui accessible i assequible econòmicament pels malalts.
6. Cal potenciar les capacitats de recerca i producció de medicaments dels països pobres.
7. Cal una anàlisi independent de l'impacte a llarg termini de les polítiques actuals sobre la capacitat de produir medicaments dels països pobres.
8. Cal crear un nou organisme que treballi perquè les malalties oblidades puguin deixar un dia de ser-ho. (...).

## PRINCIPALS CONCLUSIONS DEL COMITÉ D'EXPERTS DEL PARLAMENT ANGLÈS, 2005:

---

1. Els medicaments del "jo-també" són un problema, però la comissió no ha arribat a cap acord sobre aquest punt.
2. Cal establir un centre independent per dur a terme els assaigs clínics perquè el sistema actual és massa esbiaixat.
3. L'agressivitat del màrqueting immediat a la comercialització d'un nou medicament, l'allau d'informació que es distribueix i l'emascament d'aquesta informació fent-la passar per educació mèdica contribueixen a que es rezeptin medicaments de forma inadequada.
4. La falsificació d'articles científics i l'ocultació dels resultats dels assaigs no-favorables a la indústria provoca la proliferació de receptes inadequades.
5. La culpa de les receptes inadequades no és només de les companyies farmacèutiques sinó també de metges i altres professionals que no són prou crítics i es mostren massa ben disposats a acceptar els regals de les companyies farmacèutiques i a donar per bona la informació que aquestes els subministren.
6. El màrqueting de la indústria farmacèutica és implacable i ubiqü i es dirigeix no només als professionals sinó també als pacients i al públic en general.
7. Cal elaborar un fulletó per als pacients amb informació general i completa que indiqui quin és el paper dels medicaments en el tractament de les malalties.
8. La publicitat dirigida directament als pacients és inadequada i innecessària al Regne Unit. Aquesta publicitat té un alt contingut emocional (...).
9. La publicitat indirecta a través de campanyes educatives no està prou ben regulada.
10. Sovint es desconeix quin tipus de suport reben els grups de pacients per part de les companyies farmacèutiques. Cal que aquesta informació sigui pública.
11. La vigilància dels medicaments ja comercialitzats és insuficient.
12. El govern ha de finançar l'estudi de les alternatives terapèutiques no-farmacològiques que la indústria farmacèutica ignora perquè no són rentables per a ella.
13. Els metges i altres professionals amb dret a fer receptes han d'assumir la seva part de culpa pels problemes resultants de la prescripció inadequada d'antidepressius del tipus SSRI i d'antiinflamatoris del tipus inhibidors COX-2. Aquests medicaments han estat receptats a gran escala de forma indiscriminada. Això ha estat en part degut a la intensa activitat de promoció, especialment en el moment de la comercialització, però també és conseqüència d'haver mantingut secreta informació important i d'haver acceptat de manera poc crítica la propaganda de les companyies farma-



cèutiques. El màrqueting agressiu ha arribat a convèncer massa professionals que poden receptar impunement. (...) No tenim cap mecanisme efectiu per atemperar l'explosió de receptes de què s'acompanya la comercialització d'un nou producte. Aquest és el període més important per promocionar un nou medicament, però cal fer notar que és també el període en què menys coses sabem dels seus efectes reals.

14. Recomanem que el registre d'assaigs clínics sigui mantingut per un organisme independent i que els resultats de tot els estudis –els favorables i els desfavorables– siguin fets públics com a condició prèvia a la comercialització.
15. Que es limiti la quantitat de mostres gratuïtes que reben els professionals que poden receptar, especialment durant els primers sis mesos de comercialització d'un nou medicament (...).
16. Cal que les avaluacions de l'agència reguladora i la informació i els criteris que ha utilitzat per dur-les a terme siguin públics. Que s'incloguin ciutadans en les comissions d'estudi i se'ls ofereixi la formació i el suport suficients perquè puguin prendre un paper actiu en la presa de decisions.
17. Cal investigar millor els efectes secundaris. Els observats en els assaigs clínics previs a la comercialització són insuficients.
18. Que l'agència reguladora contracti més personal per monitoritzar els nous medicaments durant els primers mesos. Que tots els nous medicaments siguin re-avaluats per l'agència reguladora de forma sistemàtica cinc

anys després de la seva entrada al mercat.

19. Recomanem que l'agència reguladora tingui la mateixa autoritat per restringir els usos d'un medicament que la que té per autoritzar la seva comercialització.
20. Recomanem que es faci efectiu a tot el país el sistema de registre dels efectes secundaris, que s'investiguin tots els casos i que es faci amb transparència i sense donar falses seguretats.
21. Recomanem que hi hagi un procés públic sempre que un medicament sigui retirat del mercat a causa dels seus efectes secundaris.
22. El màrqueting excessiu encoratja a receptar medicaments de forma inadequada. Les estratègies actuals per donar a conèixer informació no-esbiaixada són insuficients. Recomanem que l'agència reguladora tingui dret a vet sobre tot el material promocional dels nous productes farmacèutics i que es limiti el dret a receptar nous medicaments durant els dos primers anys de la seva comercialització (...). Si al cap de dos anys no hi ha hagut senyals d'alarma pel que fa a efectes secundaris perillosos, pot ampliar-se aleshores el dret a receptar-los.
23. Recomanem una millor coordinació i promptitud en les tasques d'investigació de les queixes de màrqueting il·legal. En cas que calgui corregir la informació enganyosa, cal assegurar-se que la correcció rep tanta publicitat com la que va rebre l'engany (...).
24. El mercat de genèrics és important. S'ha d'evitar que les companyies farmacèutiques manipulin la legislació

- de patents per allargar-les indegudament.
25. Recomanem que als estudiants de medicina se'ls ensenyi a avaluar de forma crítica els resultats dels assaigs clínics, a reconèixer els efectes secundaris dels medicaments i a relacionar-se adequadament amb els representants de les farmacèutiques. Hi ha d'haver cursos de post-grau obligatoris per a tots els professionals amb dret a receptar perquè estiguin al dia. Cal regular de forma més estricta les pràctiques de recepta dels professionals.
  26. Recomanem que les associacions professionals mantinguin un registre públic de tots els regals, diners, honors i altres beneficis que aquestes associacions i cada un dels seus membres rebin de part de les companyies farmacèutiques. Cada membre hauria de ser responsable de mantenir actualitzat aquest registre (...).
  27. Que s'endureixin les normes relatives a les campanyes de salut promocionades pels laboratoris de manera que quedi clar i explícit per a tots que aquella campanya està finançada per una companyia que hi té interessos econòmics directes.
  28. Que els grups de pacients declarin les seves fonts de finançament i els favors que rebin i que ho facin públic.
  29. Que la incidència, el cost i les implicacions de les malalties causades pels medicaments siguin investigades de forma sistemàtica pel Departament de Sanitat juntament amb l'agència reguladora dels medicaments.
  30. Que el govern creï un programa nou que asseguri l'accés als medicaments a tots els malalts, que garanteixi adequadament la seguretat i l'eficàcia d'aquests medicaments i el seu ús racional, i vetlli perquè els tractaments farmacològics s'estudiïn comparativament en relació als tractaments no farmacològics.
  31. Que el sistema nacional de salut modifiqui la seva normativa i que els tractaments no-farmacològics es considerin d'igual categoria que els tractaments farmacològics.
  32. Que la responsabilitat de representar els interessos de la indústria farmacèutica sigui transferida al Departament de Comerç i Indústria per que el Departament de Salut es pugui dedicar exclusivament, tal com és la seva obligació, a la regulació dels medicaments i la promoció de la salut.

Després d'haver estudiat el tema dels crims de les companyies farmacèutiques, la meva conclusió no és que l'economia ha de ser regulada per la política... perquè ja ho està essent. Com hem vist, sense les lleis favorables del Congrés nord-americà i sense els acords de l'OMC no podria haver proliferat aquesta indústria de la manera que ho ha fet. El que cal és que la política que necessàriament regula el mercat sigui una política justa, una política del bé comú, una política que tingui en compte tothom i no només els més privilegiats. Una política democràtica no només de forma.



**"Cristianisme i Justícia"** (Fundació "Luís Espinal") és un Centre d'Estudis promogut per la Companyia de Jesús de Catalunya. Agrupa un equip de professors universitaris i especialistes en teologia i en diverses ciències socials i humanes interessats pel cada cop més indispensable diàleg cultural-fe-justícia.

La col·lecció "Cristianisme i Justícia" presenta algunes de les reflexions dels seminaris de l'equip del Centre o alguns dels treballs dels seus membres i col·laboradors.

100. F.J.VITORIA. Cristianisme bel·ligerant amb la injustícia - 101. J.CARRERA. A la recerca del regna, moral per al nou mil·lenni - 102. J.LAGUNA. I si Déu no fos perfecte? Cap a una espiritualitat simpàtica - 103. J.F.MARIA. La globalització - 104. J.I.GONZÁLEZ FAUS. Memòria subversiva, memòria subjugant - 105. C. d'E. CRISTIANISME I JUSTÍCIA. Algunes reflexions 1999-2000 - 106. E.FALCÓN. Com veuen el món els joves? - 107. CRISTIANISME I JUSTÍCIA. Treball escombraries - 108. A. BUENO. Mirar cap a l'Àfrica - 109. CRISTIANISME I JUSTÍCIA. Islam i Occident - 110. L. ZAMBRANA. Noves militàncies - 111. J.VIVES. Carta a la M. Àngels - 112. M.ARIAS i J.Mª.VERA. Banc Mundial i Fons Monetari Internacional. - 113. J.I.GONZÁLEZ FAUS. Abjurar la Modernitat. - 114. Q.PONS i RIBAS. El meu veí Hassan - 115. D.ÖLLER i SALA. Un futur per a la democràcia - 116. J. BALOT. La injustícia entre reïxes - 117. L.SOLS, A.G. CHUECA, J.I. GONZÁLEZ FAUS, J. VITORIA. Iraq - 118. J. CARRERA i CARRERA. Món global, ètica global - 119. J.MENACHO. El cel pot esperar? - 120. J.SOLS. Cent anys de violència - 121. J.I.GONZÁLEZ FAUS. L'Església, per a què? - 122. ALBOAN i CRISTIANISME I JUSTÍCIA. La Reconciliació - 123. A.CORTINA - I.CARRERAS. Consumeixo=Existeixo? - 124. X.MELLONI. El Cinema i la metamorfosi dels grans relats - 125. J.VIVES. La democràcia, més enllà dels idols - 126. J.BOTEY VALLÉS. El Déu de Bush - 127. J.LAGUNA. De l'alliberament a la inclusió? - 128. E.MARTÍNEZ DIAZ. De la presó va fer camí. - 129. G.FANJUL SUÁREZ. Cartes marcades - 130. AREELS FUNDACIÓ. La casa de la lluna - 131. J.I.GONZÁLEZ FAUS. La difícil Laïcitat - 132. A.BLANCH. Nostàlgia d'una justícia major - 133. J.CARRERA i CARRERA, J.I.GONZÁLEZ FAUS. Horitzó Kyoto - 134. T.COMÍN i OLIVERES. Autoritat Mundial - 135. L.DE SEBASTIAN. Problemes de la globalització - 136. D.ÍZUZQUIZA. Revolució des de sota, descens revolucionari - 137. O.MATEOS MARTÍN. Àfrica, el continent maltractat - 138. J.I.GONZÁLEZ FAUS. Símbols de fraternitat - 139. A.MARHUENDA FLUXÀ. Agafa la lupa! - 140. U.MAGRIRÀ sj. Refugiats al segle XXI - 141. T.FORCADES i VILA. Els crims de les grans companyies farmacèutiques

Els títols que estan exhaurits en format paper es poden trobar i copiar a internet: [www.fespinal.com](http://www.fespinal.com)

La Fundació envia gratuïtament els quaderns CJ a tothom que els sol·licita. Si vostè desitja rebre'ls, demani'ls a:

**Cristianisme i Justícia**  
R. de Llúria, 13 - 08010 Barcelona  
Tel: 93 317 23 38 - fax 93 317 10 94  
[info@fespinal.com](mailto:info@fespinal.com) - [www.fespinal.com](http://www.fespinal.com)