

DROGANDO A AMÉRICA

**La industria farmacéutica
expuesta**

Victor Torrecilla (compilador)


El Cid Editor

332.9-D7841-2018

Drogando a América: La industria farmacéutica expuesta / Victor Torrecilla, compilador. – Córdoba: El Cid Editor, 2018. – 47 páginas, fotos. – 5,83 por 8,27 pulgadas. – ISBN 9781512951417 (PDF).

1.- Torrecilla, Victor, compilador. 2.- Ciencias políticas. 3.- Libro de texto. 4. Título.

© Victor Torrecilla, compilador, 2018.

© Primera edición, 2018, El Cid Editor. San Nicolás 336, - 5004 Córdoba, Argentina.



El Cid Editor

PREFACIO

El presente trabajo es una selección de artículos publicados en SOTT.net¹ sobre el tema: *la corrupción en la Industria Farmacéutica* elaborados todos por especialistas con un gran prestigio internacional.

El objetivo de publicar esta modesta compilación es, el de facilitar a los estudiantes universitarios una visión sintética sobre el tema.

Espero que esta obra constituya un punto de partida para quienes quieran profundizar en el tema.

El editor, 2018

¹ Disponible en acceso abierto en Internet en: <https://es.sott.net/>

TABLA DE CONTENIDO

PÁGINA LEGAL.....	3
PREFACIO.....	5
TABLA DE CONTENIDO.....	7
¿QUIÉNES FORMAN LA MAFIA FARMACÉUTICA?.....	9
¿Y cómo los laboratorios manejan a los médicos?.....	10
Y ¿Cómo conocen los laboratorios qué es lo que recetan los médicos?.....	11
Conclusiones.....	12
DROGANDO A AMÉRICA: LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EXPUESTA.....	13
EL FRAUDE Y LA CORRUPCIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA	21
Videos disponibles en.....	21
LA GRAN ESTAFA MULTIMILLONARIA DE LAS CORPORACIONES FARMACÉUTICAS.....	23
Primera parte.....	23
¿Pero es realmente un descuento?, y si lo es, ¿quién paga el coste?.....	24
Estructuras de precios y beneficios.....	24
Un examen más minucioso del coste de los medicamentos.....	25
"Desmitificando" los costes.....	26
Secreto fiscal.....	27
Beneficios del tratamiento del SIDA.....	29
Tácticas asesinas.....	30
En África se conoce a GSK - literalmente - por sus tácticas asesinas.....	30
Segunda parte.....	31
Innovaciones y ventajas obtenidas gratuitamente.....	32
Leyes y licencias.....	33
Sopesar los costes.....	34
Vacunas e identificación.....	35
¿Por qué no África o Asia?.....	36

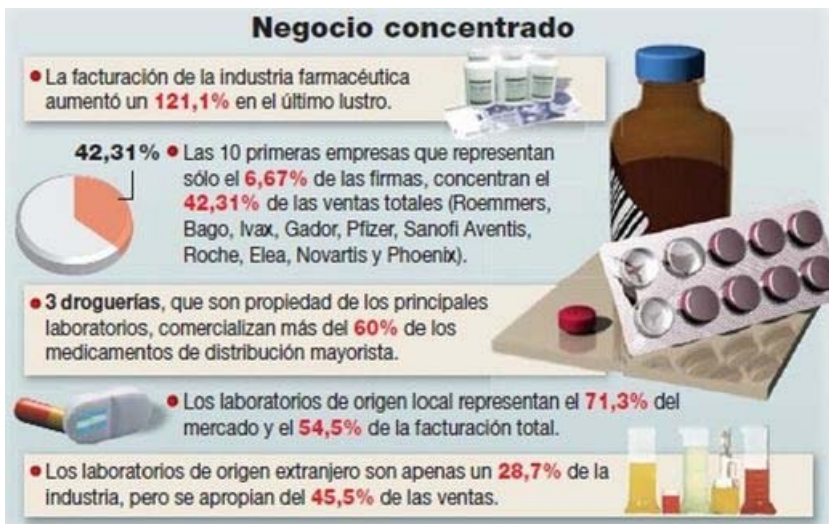
¿Manufactura eficiente?.....	37
LA IMPUNIDAD FARMACÉUTICA.....	39
HIPOCRESÍA, INTERPOL Y BIG PHARMA.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	47

¿QUIÉNES FORMAN LA MAFIA FARMACÉUTICA?

Norma Estela Ferreyra, Barómetro Internacional, 2015.

La mafia médica es el título del libro que le costó, a la doctora *Ghislaine Lanctot*, el retiro de su licencia para ejercer medicina, al revelar públicamente que a diferentes escalas y con distintas implicaciones, tanto la industria farmacéutica, como las autoridades políticas, los grandes laboratorios, los hospitales, las compañías aseguradoras, las Agencias del Medicamento, los colegios de médicos, los propios médicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) -el Ministerio de Sanidad de la ONU- y el gobierno mundial en las sombras, han creado esta mafia, basada en la explotación de las enfermedades, en beneficio de las mafias de la Industria farmacéutica. En ese sentido, yo voy a agregar a su lista, a los visitantes médicos y al mismo paciente, que mantienen una postura sumisa ante tal corrupción.

Algunos datos que publicó la revista Noticias en 2008, hablan por sí mismos de sus ganancias:



Según el danés Peter Gøtzsche, profesor de medicina y farmacología clínica de la universidad de Copenhague, autor del libro "Medicamentos que matan y crimen organizado" Casi 200,000 pacientes mueren por año. A causa de los medicamentos en EEUU tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Él ha comparado a las farmacéuticas con el crimen organizado porque, "extorsionan, cometen fraude, violan la legislación y mienten. Gøtzsche critica las mamografías sistemáticas porque, en su opinión, generan más daño que beneficios y asegura que dos de cada tres cánceres de mama que se detectan son falsos y llevan a la mujer a la quimioterapia y a tratamientos con importantes efectos adversos.

El experto critica los antipsicóticos y antidepresivos, de los que ha dicho que "deberían estar prohibidos en adolescentes y jóvenes". En el caso de Prozac, del laboratorio Lilly, cuyo principio activo es la fluoxetina, es un fármaco "nefasto", dice Peter Gøtzsche, en su libro "Medicamentos que matan...", y además, que es un fármaco de muy mala calidad, totalmente inadecuado para el tratamiento de la depresión".

¿Y cómo los laboratorios manejan a los médicos?

La palabra *queso* se deriva del latín *caseus*. En francés es *fromage*, en italiano *formaggio* y en catalán *formatg*. El término *formaticum* (de *caseus formatus*) [queso moldeado] fue famoso entre los legionarios durante la época romana.

La fascinante historia de la fabricación de quesos ha estado muy vinculada a creatividad del hombre desde tiempos antiguos. La clasificación de los quesos ha permitido estudiar la gran variedad de tipos existentes y la mayor parte de los fabricados tradicionalmente se encuentran protegidos con denominaciones de origen en diversas regiones de Europa.

Sus excelentes atributos como alimento, justifican los altos niveles de producción y consumo en los países desarrollados. Los países en desarrollo tienen bajos niveles de consumo y son importadores del primer mundo Su alto valor nutricional es indiscutible, aunque se recomienda modificar su composición según las tendencias de la alimentación saludable. El conocimiento de los fundamentos bioquímicos y microbiológicos de la fabricación de quesos permite comprender y controlar los procesos

artesanales y tecnológicos, las propiedades generales y específicas de los quesos, diseñar sistemas de control de la calidad y garantizar el valor

A través de los "incentivos" como vacaciones pagas, electrodomésticos, ropa, automóviles y hasta la recepción de dinero constante y sonante. Cómo es el circuito y quiénes lo motorizan. Final del formulario.

De esto, los médicos no quieren hablar, pero es algo tan real y conocido por todos. Un ex director de un hospital mendocino, referenció lo siguiente a un conocido diario: "Son muy pocos los médicos que no aceptan los incentivos", por eso no se habla de eso. Hay especialidades en las cuales es imposible no ser tentado por laboratorios de primer nivel como Roemmers, Roche, Glaxosmithkline, Gador y Bagó" "Se organizan importantes congresos nacionales e internacionales, bancados por los laboratorios, donde distinguidos profesionales, hablan maravillas de la droga en cuestión". Sin embargo, los beneficios van aún más allá: de los congresos, hay vacaciones pagas, adquisición de electrodomésticos, ropa, automóviles y hasta la recepción de dinero constante y sonante que los laboratorios aportan a los galenos a cambio de que estos receten sus especialidades medicinales.

El nexa para llevar adelante la maniobra son los "agentes de propaganda médica" (APM), más conocidos como visitadores médicos. "Los APM van a ver a los médicos, que empiezan a rankear y les hacen un reintegro por prescripción", admitió a MDZ, Marcelo Peretta, titular del Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFyB). O sea que a fin de mes, el médico cobra en efectivo. Esto es una práctica bastante reciente, ya que hasta ahora, siempre les regalaban computadoras, viajes u otros bienes tangibles. Está claro que a congresos no vas a ir todas las semanas, entonces los médicos empiezan a pedir dinero. No cobran todos lo mismo, sino que los laboratorios hacen un ranking de prescripciones y prescriptores.

Y ¿Cómo conocen los laboratorios qué es lo que recetan los médicos?

Hay empresas dedicadas al marketing farmacéutico, como International Marketing Services Health y Close Up. Esta última se dedica a recopilar recetas médicas y volcarlas a un libro que luego se vende a los laboratorios

a precios descomunales. No hay un monto establecido, un médico puede cobrar \$5.000 o \$50.000; depende de muchos factores.. Depende también de dónde atiende el médico, la cantidad de pacientes, la especialidad. Hay una nota muy buena que sacó revista Noticias hace unos años que habla muy bien de esto.

Por su parte, José Charreau, secretario de Acción Social de la Asociación de Agentes de Propaganda Médica, coincide en que esas firmas "tuvieron ganancias extraordinarias, por eso disponen de dinero para los médicos en función de lograr mayores prescripciones".

Conclusiones

En mi país, se puede advertir claramente que los profesionales médicos evaden impuestos, descaradamente, cuando en sus consultorios particulares, por lo general, no emiten facturas de consultas, como tampoco otros profesionales, que hoy no vienen al caso. Y si comparamos con la persecución que sufren otros trabajadores, podemos decir que hay una tolerancia inusual, que nos lleva a pensar en injusticias, por parte de los controles por los organismos gubernamentales.

Respectos de la actuación de visitadores médicos, diré que no tienen otra función que las de ser los emisarios de las coimas médicas, ya que todas las demás funciones, como la de dar pseudo informaciones sobre nuevos medicamentos, debo decir que ellas pueden ser recabadas por Internet, por el mismo profesional.

¿Cómo el Estado permite estas prácticas? Por qué no prohíbe tales tareas inservibles y emplea a los agentes de propaganda médica para controlar a los médicos en sus aportes fiscales ¿O por qué no usa los servicios de Márquetin Health o Close up, para hacerles seguimientos y así saber, si tales recetas corresponden a consultas declaradas o en negro? ¿Por qué el paciente no se defiende de los médicos corruptos? ¿Por qué el Estado se deja presionar por la Industria Farmacéutica? Les dejo las preguntas.

DROGANDO A AMÉRICA: LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EXPUESTA

Adam Helfer, The Washington Times, 2011

La industria farmacéutica obtiene ganancias de más de \$650 billones de dólares por año. Durante mucho tiempo, el negocio más lucrativo de los EEUU ha sido el de las corporaciones farmacéuticas, que rutinariamente se encuentran en la lista anual de los 500 más ricos. Los fármacos de prescripción fundamentan una industria que ganan más dinero que el Producto Interno Bruto de muchas naciones.

Un atributo central del 'éxito' abrumador de Big Pharma, yace en la relación entre las corporaciones y la industria de la atención médica que se encarga de 'gestionar los síntomas': El representante farmacéutico. Los hombres y mujeres que vemos reuniéndose con los médicos, entrando a sus oficinas con regalos o almuerzos para el personal, reuniéndose con el doctor mientras usted espera su cita.



Gwen Olsen era una de las representantes farmacéuticas más importante de los más grandes de la industria: *Johnson, Syntex Labs, Bristol-Myers Squibb, Abbott Laboratories y Forest Laboratories*.

A través de algunas espantosas llamadas de advertencia, y la trágica muerte de su sobrina relacionada con los fármacos, Gwen ha dedicado su vida a concientizar a las personas acerca de los peligros de los fármacos de prescripción y como la industria de los fármacos manipula a los médicos para que prescriban y sobre-prescriban, sus fármacos.

Ella expone la oscura corrupción y los profundos engaños que prevalecen en esta industria.

Las palabras de Gwen Olsens son poderosas. Su mensaje, totalmente atemorizante. Más abajo podrá leer la transcripción de nuestra conversación, así como también un video de Gwen, incluyendo su aparición en el segmento de Eye On Your Children de las noticias vespertinas de la CBS.

Adam Omkara: Así que entraste a la industria con una mentalidad altruista y querías ayudar a las personas. ¿Cuándo fue que te diste cuenta que la industria no estaba basada en el altruismo, o incluso en la curación de enfermedades?

Gwen: Bueno, fue en la entrevista de segundo nivel con el gerente regional. Me preguntó porqué quería involucrarme en la industria farmacéutica. Le dije que realmente quería ayudar a la gente, eso es lo que quería hacer.

Casi se ríe de mí, sonrió, y dijo "Bien, no estoy seguro de eso. Si lo que te motiva es el altruismo, entonces debes de unirte a los cuerpos de paz." Entonces sonrió, dio la vuelta hacia su escritorio y comenzó a teclear en su calculadora. Dijo "sin embargo, si lo que te motiva es el dinero, déjame decirte como puedes retirarte con una cuenta millonaria de este trabajo jovencita."

Prosiguió delineando mis beneficios, opciones financieras, y todo se convirtió en una gran neblina. Vi signos de dinero. Sonaba muy bien para una chica de 26 años. Entonces, inicialmente, así fue como me enteré que la industria no era altruista.

Adam Omkara: Y has comentado que de hecho fuiste capacitada para desinformar a la gente, ¿podrías explicarlo mejor?

Gwen: Bueno, inicialmente, cuando comienzas el entrenamiento para ventas farmacéuticas, te llevan a la oficina central para recibir cierto tipo de 'adoctrinamiento', de 2 a 6 semanas de entrenamiento intensivo. *Allí es donde la industria convierte a los representantes en perfiladores psicológicos y se les enseña a agradar a la gente.* Los representantes aprenden a analizar a las personas, así que saben muy bien como influenciar a la gente. Se nos enseñó en las sesiones de entrenamiento algo

llamado 'de rodilla a rodillas' y 'de dedo a dedos' donde tienes una línea de representantes que juegan el rol de médicos y líneas opuestas que juegan el rol de los representantes.

Tienes que aprenderte al pie de la letra la posición de la compañía y sus líneas de mercadeo, no puedes desviarte para nada. Prácticas y prácticas hasta que fluya naturalmente y no suene ensayado.

Comencé a reconocer que realmente estaba siendo capacitada para desviar al médico de sus preocupaciones. Entonces, estaba aprendiendo a desinformar, a contrarrestar las válidas preocupaciones del médico. No estaba siendo capacitada para decir "esté fármaco es malo para el paciente" o "tenga cuidado al mezclar este fármaco con este otro". Cualquier información percibida como negativa siempre se disfrazaba.

De hecho, muchas veces nos llamaban a junta cuando se introducía una nueva pieza para venta. Los gerentes nos hacían preguntas sobre de qué aspectos de la pieza percibíamos más objeciones. ¿Cuáles eran las partes que provocaban más preocupación? Después de que le dábamos la retroalimentación al departamento de mercadeo, el siguiente periodo producían un diseño diferente que manipulaba o minimizaba los datos objetables. Entonces, era un conjunto constante de circunstancias por las que comencé a ver que no se me permitía dar buena información y no se me daba buena información para compartir.

La industria sabe que muchos de sus fármacos no están libres de riesgos y que no curan a las personas. De hecho, algunos fármacos están diseñados para empeorar los síntomas más adelante.

Cuando comencé a ser pro-activa y comencé a hacer muchas preguntas inteligentes y críticas, la gerencia objetó y me desalentó. Frecuentemente me encontraba con respuestas como: "Lo hacemos de ese modo porque podemos", o "de ese modo vendemos más píldoras."

¡Era evidente que mis indagaciones no eran bienvenidas!

Era como estar en el ejército, de hecho, muchos de mis ex-gerentes habían estado en el ejército. Muchos son contratados porque tienen una gran ética de trabajo y no hacen muchas preguntas. El personal militar está acostumbrado a trabajar con poca información.

Adam Omkara: ¿Cómo despertaste a la realidad de la industria? ¿Fue de repente, o fue un proceso lento?

Gwen: Me di cuenta más adelante que estaba en una posición en donde podía dañar a las personas; en una posición donde literalmente podía quitar vidas. Mi gran despertar fue cuando comencé a promover un nuevo fármaco.



Asistí a un congreso nacional de ventas para el lanzamiento de este nuevo fármaco y escuché maravillas sobre como iba a ayudar a la gente. Inmediatamente fuimos enviados a nuestros territorios individuales para obtener apoyo para el nuevo fármaco con médicos clave.

Los representantes reciben perfiles de todos los médicos en el territorio, sobre su personalidad, sus hábitos de prescripción, si prescriben con mucha regularidad o adoptantes prematuros, o adoptantes tardíos/escépticos.

La oscura verdad de la industria farmacéutica.

Los representantes tienen toda esta información disponible antes de realizar las ventas para que sepan cómo aproximarse al médico y pueda desarrollar estrategias de venta. Había un médico en mi territorio que fue perfilado como "adoptante tardío/escéptico". Eso significaba que me costaría trabajo convencerlo para que prescribiera mi nuevo fármaco.

El plan de mercadeo desarrollado al inicio, le enfatizaba a las fuerzas de venta que como último recurso, si un médico no quería escribir prescripciones para el nuevo producto, entonces el representante pediría que lo probara con un paciente, el paciente más difícil que tuviera el médico. La teoría aseguraba que si el fármaco funcionaba en ellos, entonces era más probable que el medico lo usara más a menudo en futuras consultas.

Hice mi presentación y el médico me dijo que su política era no prescribir un nuevo fármaco hasta que este estuviera en el mercado por al menos un año. Había tenido experiencias negativas con fármacos nuevos.

Sin embargo, con vacilación, aceptó probarlo con su paciente más difícil a quien no le habían funcionado todas las terapias anteriores, y le dejé algunas muestras.

Poco tiempo después, recibí una llamada de mi gerente de distrito y me enviaron a recabar información sobre un reporte de Reacción Adversa al Fármaco, ya que una muerte había tenido lugar en mi territorio provocada por nuestro nuevo fármaco y era un paciente de ese médico. Y adivine qué, ¡era su madre! Había sufrido una falla renal y murió por complicaciones de la diálisis. ¡Estaba devastada!

Después de ir por la información del reporte, me tomó 6 meses tomar valor para ir a ver al hombre de nuevo y verlo a los ojos. Estaba extremadamente consiente de que mi persistente y afanado mercadeo lo había influenciado para que hiciera algo en contra de su juicio, y como consecuencia, ¡su madre había pagado con su propia vida!

Nunca olvidaré su comentario brusco y colérico, "¡Bueno, veo que todos ustedes se esfuerzan mucho más en sus planes de mercadeo de lo que lo hacen sus investigadores y desarrolladores de medicamentos!" ¿Qué podía decirle después de eso?

Esa fue mi la primera pista que obtuve como joven representante, de que mi trabajo tenía serias ramificaciones. Una vez que esto sucedió, más y más cosas comenzaron a caer en su sitio. Entonces, con ese conocimiento, comencé a ver mi trabajo y a la industria con nuevos ojos...

Adam Omkara: ¿Y nadie cuestiona esto? ¿Por qué crees que la gente no está despertando a esta realidad o no se cuestiona? ¿Representantes, psiquiatras, médicos, gerentes? ¿Existe algún proceso de desensibilización en juego que es muy efectivo? ¿En qué punto entra en el panorama esa desconexión y como la sostienen?

Gwen: Sí, definitivamente existe un proceso de desensibilización. *Una reprogramación por así decirlo.* El adoctrinamiento se realiza en la oficina central durante la capacitación inicial y es parecido a lo que hacen en los campamentos militares. *Te destruyen física y psicológicamente, los*

representantes se quedan estudiando hasta muy tarde en la noche para los exámenes, preparando las presentaciones, filmando videos, son privados del sueño, privados de una buena alimentación, se requiere que estén muy bien vestidos y compiten constantemente entre ellos ya que son observados y evaluados en el escaparate corporativo.

El agotamiento psicológico es demasiado, pero es un ambiente de apariencias muy efectivo.

Entonces, cuando te dejan salir a tu territorio de ventas, tienes este falso sentimiento de bravata, como si fueras alguien especial que va a ayudar al mundo. Literalmente es un proceso de lavado de cerebro.

Lo que están haciendo, de manera efectiva, es deshacerse de las personas independientes y quebrar a los débiles. Los que no pueden con el trabajo a largo plazo y, por lo tanto, será una inversión tirada a la basura.

Adam Omkara: ¿Crees que se aplica la misma política en otras compañías?

Gwen: Trabajé para cinco compañías diferentes y esto sucedió en cada una de ellas. Esto no quiere decir que perdí mi trabajo y comencé a despotricar en contra de la industria. Era de las mejores y me desempeñé por arriba del 3% en cada compañía que trabajaba tiempo completo.

Normalmente, en cuanto un representante comienza a hacer demasiadas preguntas o comienza a causarle "problemas" a la gerencia se les menciona que hay muchos individuos elegibles detrás, esperando a tomar su trabajo. La única razón por la que me toleraban fue porque era muy valiosa para ellos.

Siempre hacía que mis gerentes y mi distrito quedaran bien a fin de cuentas.

Adam Omkara: ¿Y qué hay de los psiquiatras y esa industria? ¿No se cuestionan?

Gwen: ¿Realmente quieres que sea honesta al respecto? La industria farmacéutica se burla tanto de la profesión psiquiátrica que ya ni siquiera es gracioso. De hecho llaman a los psiquiatras 'putas de los fármacos'. Esto se debe a que realmente no le tienen lealtad a ninguna compañía o producto, solo se preocupan por la paga.

Durante mi capacitación inicial sobre ventas de fármacos antipsicóticos, me dijeron que la mayoría de los psiquiatras se adentran en ese campo para poder averiguar porque están tan dañados. ¡Realmente había personas muy extrañas! Así que sí, realmente no se les respetaba mucho. Mis colegas y yo los menospreciábamos como si fueran una clase de cuasi-médicos de 'clase baja'. Porque realmente sabíamos que no hacían nada de manera científica, todos los diagnósticos eran de naturaleza subjetiva que dependían de observaciones de síntomas de terceros.

Así que era fácil venderle los fármacos. ¡La mayoría de los psiquiatras son tan egocéntricos que literalmente recomendarían cualquier cosa si tienen ganancias!

En esta época, la mayoría de los psiquiatras ya no usan la psicoterapia, solo citas de 15 minutos, ¿cuáles son sus síntomas?, tómese esto y regrese en un mes. Tendrías mucha suerte si recibes psicoterapia estos días (bajo cobertura) y los niños rara vez la obtienen.

Así que puedes ver que existe un enorme incentivo para continuar con el paradigma basado en el tratamiento psicofarmacológico. Porque si este enorme castillo de cartas se cae, todos esos médicos ya no podrán practicar la psiquiatría. Porque sin fármacos, ¿cómo podrían ejercer?

Padres de familia, tengan cuidado: Los niños se han convertido en el objetivo más importante de la industria farmacéutica.

Adam Omkara: ¿Así que ahora en que trabajas?

Gwen: Actualmente estoy contribuyendo con una antología, llamada *Drugging our Children: How Profiteers are Pushing Antipsychotics on our Youngest* (Drogando a nuestros hijos: Cómo los usureros promueven los antipsicóticos para nuestros niños), que será publicada este otoño.

Un reporte de Soluciones de Salud Medco de 2009, mostró que los niños son un objetivo creciente para la industria farmacéutica. Las prescripciones en niños crecieron 4 veces más que el índice de la población en general. Los antipsicóticos fueron la categoría de fármacos número uno en 2008 y 2009, con ganancias de 14.6 billones de dólares por año.

Además, 1100 personas entran a las listas de incapacidad del seguro social diariamente debido a enfermedades mentales. De ese número, 250 son niños.

Adam Omkara: ¿Tienes algún mensaje para los padres?

Gwen: Sí, mi campaña es de consentimiento informado. No estoy en contra de los fármacos, pero estoy en contra de la desinformación, y los padres han sido desinformados severamente, sino es que se les ha mentido así como así en muchas circunstancias. Mi mensaje es que los padres se vuelvan proactivos.

Dejen de tomar la palabra de otros, comiencen a hacer su propia diligencia e investigación en lo relacionado con fármacos para sus hijos. Recuerden que no solo se necesita un pueblo para criar a un hijo, se necesita de un pueblo para protegerlo. ¡Todos tenemos que poner de nuestra parte!

Adam Omkara: Muchas gracias Gwen.

Esta acertada y reveladora información le da un vistazo dentro de una industria que no se preocupa por usted o su familia. Si la historia de Gwen le dejó algo, por favor que sea la comprensión de que debería tomar su propia salud en sus manos. 'Deja que tus alimentos sean tu medicina', ría, ame, perdone, muévase y descanse bien. Si se enferma, investigue, sea proactivo. Permita que este lema y plan evite que las grandes farmacéuticas manipulen o lucren a costa suya y de sus seres queridos.

EL FRAUDE Y LA CORRUPCIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

elperello.blogspot.com / You tube, 2011

El programa de *Al-Jazeera English* "People & Power" investiga el fraude y la corrupción de la industria farmacéutica. La investigación en dos partes llevada a cabo por un equipo del prestigioso canal de televisión. No es más que la punta del iceberg.

Creer que alguna vez habra cura para diversas enfermedades como diabetes, cancer, ...etc, y cuantos millones de millones dejaria de facturar la industria farmaceutica, Business are Business, ¿que falla?, ¿el sistema?, ¿la gente?, ¿los gobiernos? ¿los ricos? ¿los pobres?, ¿la medicina? ¿Los sistemas de creencias a los que hemos sido condicionados?

Videos disponibles en

- <https://www.youtube.com/embed/Ub7iJ8KYxOU>
- <https://youtu.be/ctDxDJAE-po>

LA GRAN ESTAFA MULTIMILLONARIA DE LAS CORPORACIONES FARMACÉUTICAS

Khadija Sharife, Aljazeera, 2011²

Primera parte

Junto a enfermedades neumocócicas como meningitis y neumonía, la diarrea relacionada con rotavirus es una importante asesina de niños en los países en desarrollo, de la que se piensa que destruye las vidas de 500.000 niños cada año. Un abrumador 85% de estos niños son africanos y asiáticos. La necesidad de milagros médicos es mayor que nunca, pero la manipulación de los precios por las corporaciones farmacéuticas genera inmensos beneficios, mientras aumenta el precio de medicinas que pueden salvar vidas.



La corporación farmacéutica basada en Gran Bretaña, *GlaxoSmithKline* (GSK), ofreció recientemente un convenio para suministrar a naciones pobres 125 millones de dosis de la vacuna rotavirus - Rotarix - a 2,50 dólares la dosis, *solo un cinco por ciento del precio habitual en los mercados occidentales*. A través del grupo GAVI, la agencia de vacunas

internacional financiada por países desarrollados como el Reino Unido, se espera que GSK y la multinacional farmacéutica Merck - que, entre ellas dominan el mercado de la vacuna rotavirus - suministren una línea segura de medicinas a bajo coste a unos cuarenta países en el futuro cercano.

² Traducido del inglés por Germán Leyens para Rebelión. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=131503>

¿Pero es realmente un descuento?, y si lo es, ¿quién paga el coste?

El mecanismo financiero que subvenciona la vacuna se llama Advance Market Commitment (AMC) [Compromiso anticipado de mercado], un proyecto creado por el G8, así como por el Banco Mundial y la Fundación Gates, como incentivo "atrayente" para que las multinacionales farmacéuticas consideren los mercados a largo plazo de los países en desarrollo para "bienes públicos" farmacéuticos como las vacunas. Rotarix ha despegado bien: Desde 2007 unos 50 millones de niños - mediante 100 millones de dosis - ya se han beneficiado de Rotarix; en 2009 las ventas globales de Rotarix llegaron a 440 millones de dólares - un aumento del 50% en comparación con 2008, y Rotateo de Merck llegó a 564 millones de dólares en ventas.

El ejecutivo jefe de GSK, Andrew Witty, describió la estructura de los precios como, "ni como un artilugio ni como un gesto filantrópico aislado", sino más bien como "parte de una estrategia concertada para cambiar nuestro modelo de negocios" - diseñado para combinar "el éxito comercial con contribuciones sustentables a largo plazo".

Estructuras de precios y beneficios

Compañías farmacéuticas como GSK han afirmado frecuentemente que el alto coste de la "innovación", es decir investigación y desarrollo (R&D, por sus siglas en inglés) es de entre 1.000 y 1.700 millones de dólares para introducir un nuevo medicamento al mercado. La recolección de 4.300 millones de dólares por AMC y GAVI para financiar la compra de vacunas se proyectó con la premisa de que hay que compensar el alto coste de R&D de las multinacionales farmacéuticas.

Durante las últimas décadas, la industria farmacéutica de EE.UU. - más de la mitad de la cual incluye compañías basadas en Europa - ha sido en su mayor parte la industria más lucrativa en la economía de la nación, gracias a mecanismos como la ausencia de una estructura de precios impuesta por el gobierno. "La libre fijación de precios y la rápida aprobación aseguran un rápido acceso a la innovación sin racionamiento", dijo Daniel Vasella, ex jefe de Novartis (basada en Suiza), sobre las ventajas de hacer negocios en EE.UU.

Las multinacionales farmacéuticas afirman que los consumidores estadounidenses están obligados a financiar la investigación y desarrollo necesarios para mantener el funcionamiento de la innovación global. En Australia, Europa, así como en Canadá - la fuente de la "re-importación" de muchos medicamentos recetados por ciudadanos estadounidenses, donde las medicinas se venden a veces por la mitad del precio normal en EE.UU. - los gobiernos aseguran que las estructuras de los precios hagan que los medicamentos patentados sean asequibles.

Aunque las multinacionales farmacéuticas generan considerables beneficios en esos países, cerca de un 50% de las ganancias de la industria farmacéutica global se genera en EE.UU. En 2006, por ejemplo, *las ventas globales de medicamentos recetados ascendieron a más de 640.000 millones de dólares, de los cuales casi 300.000 millones fueron ventas generadas en EE.UU.*

Pero el verdadero engaño son menos las tácticas maquiavélicas utilizadas por las principales compañías farmacéuticas para aplicar Botox al resultado neto que el terrible mito detrás del "verdadero" precio de la innovación: la píldora de los mil millones de dólares. De 1996 hasta 2005, las grandes compañías farmacéuticas gastaron 739.000 millones de dólares en mercadeo y administración: En este caso los costes de "administración" incluyen contabilidad, salarios de los ejecutivos (incluidas bonificaciones, opciones de compra de acciones, etc.), así como gastos de recursos humanos. "Mercadeo", mientras tanto, consiste de publicidad directa al consumidor, argumentos de venta y muestras gratuitas para los médicos, junto con publicidad en las revistas médicas.

Un examen más minucioso del coste de los medicamentos

Durante el mismo período de 1996 a 2005, las compañías farmacéuticas gastaron 288.000 millones de dólares en R&D y 43.000 millones en propiedad y equipamiento, y generaron 558.000 millones en beneficios.

Desde el principio, es posible ver que R&D está en penúltimo lugar en términos de gastos. Pero el desglose del propio R&D no es transparente: las compañías no detallan los gastos reales para el desarrollo de un medicamento en particular, y afirman que esa información incluye secretos comerciales exclusivos y/o confidenciales.

Sin embargo, según *Harvard Business Review*: "El coste de un nuevo medicamento aprobado ha aumentado más de un 800% desde 1987, o 11% por año durante casi dos décadas". Corporaciones farmacéuticas como Novartis y GSK declaran que compañías que producen medicamentos genéricos - a menudo indias - pueden eludir costes semejantes, y vender sus medicamentos "copiados" por una fracción del precio del producto patentado, *vendiendo frecuentemente entre 65% y 99% más barato que las firmas intercontinentales*.

El "coste de 1.000 millones de dólares" se deriva de un estudio de 2003 publicado en el *Journal of Health Economics* por Joe DiMasi et al del Tufts Center for the Study of Drug Development. Los autores y su organización afirmaron que el estudio fue objetivo, a pesar de que el propio Tufts Center está financiado en un 65% por las compañías farmacéuticas.

Aunque los resultados se han normalizado como exactos por los medios, los hechos han sido desacreditados desde hace tiempo por especialistas independientes.

Los autores analizaron diez grandes corporaciones farmacéuticas (responsables entre ellas de un 42% de los gastos en R&D en EE.UU., donde se realiza la mayor parte de ese trabajo), examinando los costes de R&D de 68 medicamentos seleccionados al azar, y determinaron el coste del desarrollo de cada uno en 802 millones de dólares (elevado a 1.000 millones por el ajuste a la inflación).

Como los datos fueron presentados confidencialmente por las compañías farmacéuticas a los autores, no hay modo de verificar la calidad de la información, ni hubo alguna consideración del volumen potencial de manipulación corporativa de los precios entre compañías. Los nombres de las firmas no se mencionaron; tampoco los nombres de los medicamentos, los tipos de medicamentos; o su estatus - si se trataba de un medicamento prioritario, incluyendo tratamiento avanzado, o de un medicamento "para todos" - es decir una variación de productos que ya estaban en el mercado.

"Desmitificando" los costes

Para comenzar, la cifra de 802 millones de dólares no tomó en cuenta la forma opaca y extraña de contabilidad involucrada, comenzando con "costes capitalizados". Según los autores, los gastos de R&D. "deben ser

capitalizados a una tasa de descuento apropiada - el ingreso esperado del que se privan los inversionistas durante el desarrollo cuando invierten en R&D farmacéutica en lugar de una cartera igualmente arriesgada de valores financieros".

Como declaró Marcia Angell, doctora estadounidense, ex jefa de la redacción de The New England Journal of Medicine y catedrática senior en la Escuela de Medicina de Harvard: *"Los consultores de Tufts simplemente lo agregaron a los costes generales de la industria. Esa maniobra contable casi duplicó los 403 millones de dólares a 802 millones"*.

Por lo tanto, al tomar en cuenta costes actualizados por PhTMA (2006), el aumento de R&D general a 1.320 millones de dólares, más de 650 millones han sido simplemente incluidos como "investigación y desarrollo" por compañías farmacéuticas pretendiendo ganancias míticas que podrían haber sido generadas, si hubieran invertido en, digamos, Wall Street - y no en la "innovación" científica utilizada para justificar inmensas ganancias de patentes exclusivas.

El estudio tampoco incluyó alivios impositivos y subsidios corporativos, así como la evasión fiscal deliberada y legal de impuestos corporativos (ni hablar de cualquier evasión tributaria ilegal).

En la revista BioSocieties, el sociólogo Donald Light y la economista Rebecca Warburton "desmitifican" los costes del desarrollo de medicamentos en R&D analizando también los alivios impositivos involucrados en los costes de R&D.

La Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA, por sus siglas en inglés) de EE.UU. reveló que: "El coste neto de cada dólar gastado en investigación debe ser reducido por el monto de impuestos evitados por ese gasto". Los autores utilizaron datos de fuentes oficiales como el Tax Policy Center [Centro de política tributaria], para revelar ahorros impositivos adicionales de un 39%. Acumulativamente, los subsidios y créditos de los contribuyentes redujeron los costes generales de 403 millones de dólares a 201 millones.

Secreto fiscal

Además, como explica el artículo "Planificación Tributaria" de Ernst & Young, los costes de R&D usualmente se transfieren a jurisdicciones de

alta tributación para compensar costes. Por otra parte, los beneficios generados por patentes frecuentemente se "re-ubican" en jurisdicciones de baja tributación. Las compañías farmacéuticas prefieren generar "gastos" de R&D en jurisdicciones de alta tributación como EE.UU. a fin de compensar los costes contra el ingreso gravable. Sin embargo, el coste de R&D no incluye impuestos "evitados". No es sorprendente que la mayoría de las compañías farmacéuticas también estén ubicadas en jurisdicciones de impuestos bajos y secreto fiscal como Delaware en EE.UU., donde los beneficios se pueden transferir a beneficios pasivos y a compañías de propiedad intelectual.

En un artículo [impreso originalmente en el periódico New Age, y publicado en línea en Al-Jazeera] escribí con John Christensen, fundador de la Red de Justicia Tributaria y ex consejero económico de Jersey, uno de los máximos paraísos fiscales del Reino Unido, revelamos cómo el secreto fiscal y la propiedad intelectual (IP) se explotan para beneficiar a las corporaciones farmacéuticas, en lugar de servir las necesidades de gente vulnerable.

"Pfizer, Novartis, GlaxoSmithKline, así como más de un 60% de las multinacionales de Fortune, mantienen todas entidades en Delaware, aprovechando a tope los instrumentos de opacidad legal y financiera. Aparte del secreto fiscal y la nula revelación del beneficiario efectivo, Delaware permite que las sociedades matrices establezcan compañías holding en dos días, que no producen nada, que no realizan ninguna actividad económica en el Estado, y que en general albergan solo un accionista (la compañía madre). Semejantes entidades, que permiten que la compañía madre pague a la entidad recién creada un "honorario" por el uso de la IP, sirve como un conducto pasivo que convierte renta imponible en beneficio pasivo no imponible. El único sentido de la entidad es poseer y 'administrar' ingresos blanqueados generados de la IP".

Los gigantescos gastos legales incurridos por especialistas en el desarrollo de patentes, defensa legal, la contratación de los paraísos fiscales y otros temas relacionados con la IP constituyen más costes, incluidos como R&D. Esta estrategia de optimización tributaria se parece de cerca a la de compañías de "alta tecnología" que dependen de capital intangible para la mayor parte de su riqueza. Según la revista Forbes, en 1999, tres de las cuatro personas más ricas del mundo hicieron su fortuna con derechos de

propiedad intelectual. Debían su fortuna, dijo Michael Perelman, a "Microsoft, uno de los mayores propietarios de derechos de propiedad intelectual, algo muy apropiado para la denominada Nueva Economía en la cual el 'Capital DOS' ha suplantado a El Capital".

Beneficios del tratamiento del SIDA

La administración de los derechos de propiedad intelectual puede ser ciertamente un negocio lucrativo. El primer tratamiento de VIH/SIDA, zidovudina [AZT], vendido con el nombre de marca Retrovir, fue fabricado por la compañía Burroughs Wellcome, incorporada posteriormente a GSK. En 1983, dos años después de que se informó por primera vez sobre el SIDA, los Institutos Nacionales de Salud [NIH] de EE.UU. y el Instituto Pasteur de París identificaron su causa - el retrovirus VIH. Ese mismo año Samuel Broder, jefe del Instituto Nacional del Cáncer (una filial de los NIH), estableció un equipo global para seleccionar instrumentos antivirales, incluida la molécula AZT descubierta por la Fundación del Cáncer de Michigan, subsiguientemente adquirida por Burroughs Wellcome.

El equipo NIH-NCI de Broder, junto a eruditos de la Universidad Duke, descubrió la efectividad de AZT contra el virus del SIDA y realizó los primeros ensayos clínicos en 1985. Como explica Marcia Angell en su informativo libro: *The Truth About Drug Companies* [La verdad sobre las compañías farmacéuticas], Burroughs Wellcome patentó inmediatamente el medicamento y "realizó los ensayos posteriores que posibilitaron que recibiera la aprobación de la Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos de EE.UU. [FDA] en 1987" después de un estudio de solo unos pocos meses. La corporación cobraba a los pacientes más de 10.000 dólares anuales por el tratamiento y se auto-cumplimentó en demasía por el logro de la medicina salvavidas.

Después de una carta auto-laudatoria de ese tipo del presidente ejecutivo de Burroughs Wellcome al *New York Times*, Broder y sus colegas del NCI y de la Universidad Duke respondieron airadamente, declarando: *"La Compañía no desarrolló específicamente o suministró la primera aplicación de la tecnología para determinar si un medicamento como AZT puede suprimir el virus vivo del SIDA en células humanas, ni desarrolló la tecnología para determinar a qué concentración se puede lograr un efecto*

semejante en seres humanos. Además, no fue la primera en administrar AZT a un ser humano con SIDA, ni realizó los primeros estudios clínicos farmacológicos en pacientes. Tampoco realizó los estudios inmunológicos y virológicos necesarios para deducir que el medicamento podría funcionar, y que por ello valía la pena continuar con más estudios. Todo esto fue realizado por el personal del NCI trabajando con el personal de la Universidad Duke".

Acentuando la información, agregaron: *"Por cierto uno de los obstáculos para el desarrollo de AZT fue que Burroughs Wellcome no trabajó con virus vivos del SIDA, ni quiso recibir muestras de pacientes con SIDA".*

Tácticas asesinas

Paradójicamente, el medicamento Retrovir fue clasificado por la compañía como "medicamento huérfano", es decir: un medicamento para el cual existe un mercado de menos de 200.000 personas - y por ello no era probable que fuera lucrativo comercialmente. Esto se hizo para pedir un crédito de 50% del gobierno por los costes de los ensayos clínicos. En 2005 se acusó a GSK de aumentar artificialmente sus beneficios a corto plazo al no aumentar la producción para satisfacer la demanda en drástico aumento, creando así "escasez" de su producto patentado. Esto se vio como un último intento de explotar la patente que debía expirar en septiembre de 2005. Poco después, el gobierno de EE.UU. aprobó versiones genéricas del medicamento.

En África se conoce a GSK - literalmente - por sus tácticas asesinas.

Cuando el distribuidor en Ghana, Healthcare Ltd. importó una versión genérica del medicamento (una combinación de AZT y 3TC - conocida como Combivir) de una compañía farmacéutica india llamada CIPLA, que la suministraba a un precio asequible (90 centavos de dólar por píldora) en lugar del precio patentado estadounidense (10 dólares por píldora), GSK amenazó al distribuidor con los tribunales, llevando a Healthcare Ltd. a cesar las ventas. Sin embargo, incluso mientras GSK acusaba a CIPLA de violar los derechos de la patente, GSK no poseía los "derechos" de Combivir en la oficina regional de patentes de África Occidental. AZT y otros tratamientos para el SIDA siguieron siendo medicamentos que fueron

éxitos de venta para GlaxoSmithKline, generando 2.400 millones de dólares en beneficios en los primeros seis meses de 1997, gracias en particular a AZT y 3TC. *En 1998, se referían al SIDA como "crisis sanitaria a escala mundial", considerada por muchos como "una epidemia".*

Consecuentemente GSK ganó miles de millones de dólares con una patente, controló un mercado y determinó las vidas - y las muertes - de miles de millones de personas en todo el mundo, mediante algo que ellos no habían inventado. Afirmaron, sin embargo, que ellos concibieron que funcionaba. Esta noción bastó para excluir a los científicos del NCI, incluido Broder, de ser mencionados como inventores.

¿Pero es un ejemplo aislado?

Segunda parte



Por cierto, el gobierno de EE.UU. es perfectamente consciente de las actividades para "evitar" impuestos. Pero se han tomado pocas acciones efectivas para reforzar la red tributaria. En 2005, el Congreso amplió las "vacaciones fiscales" para corporaciones farmacéuticas, que permiten a las compañías la repatriación de

beneficios ocultos a solo un 5,2% de la tasa tributaria corporativa. *En aquel entonces, Pfizer tenía beneficios no gravados de 38.000 millones de dólares; Merck 18.000 millones, Johnson & Johnson 14.800 millones - por lo menos, esos fueron los beneficios que estuvieron dispuestos a declarar.*

Generalmente, una porción considerable (más de un 12%) de los costes de investigación y desarrollo (I+D) es la Fase IV o ensayos "post comercialización" de medicamentos que ya son vendidos a consumidores, en un intento de expandir las ventas. La cifra fue calculada en un 75% de los costes de I+D por el Tufts Center, dijo Marcia Angell, de la Escuela de Medicina de Harvard. Según Angell:

"Ya que la mayor parte de los estudios de la Fase IV no serán jamás sometidos a la FDA, pueden ser totalmente desregulados. Pocos de ellos se publican. En los hechos, como todos los ensayos auspiciados por la industria, no es probable que se publiquen nunca a menos que muestren algo favorable para el medicamento del patrocinador. Si se publican, suele ser en revistas marginales, porque la calidad de la investigación es mala".

Innovaciones y ventajas obtenidas gratuitamente

Irónicamente, el estudio del Tufts Center por Joe DiMasi et al., que calculó el precio de la comercialización de un nuevo medicamento en más de 800 millones de dólares, amañó drásticamente los costes de I+D, al no basar el análisis en el estado general de los medicamentos aprobados sino en "NCE autooriginadas" o "Nuevas Entidades Moleculares [NME, por sus siglas en inglés]" que comprenden solo una pequeña porción de los medicamento aprobados anualmente por la FDA - calculada en un 35% (1990-2000) - una cifra que ha disminuido desde entonces en la última década.

La "innovación" farmacéutica es determinada por dos factores cruciales: a) la creación de una "nueva entidad molecular" (NME) - que en sí puede o no ser útil para el tratamiento, pero que significa la introducción de una nueva forma molecular distinguible; y b) una NME que constituye un "medicamento prioritario", es decir, un medicamento que ofrezca, usando las palabras de la FDA: "un adelanto importante en el tratamiento o que proporcione un tratamiento donde no existe una terapia adecuada". Dicho de otro modo: un adelanto terapéutico para enfermedades graves.

Según la Ley de Usuario de Medicamentos Recetados de 1992, la FDA opera a través de un sistema a dos niveles de estudio: el Estudio Estándar (S) aplicado a medicamentos que ofrecen solo mejoras menores sobre los medicamentos comercializados existentes; y el Estudio Prioritario (P), un proceso de vía rápida - de seis meses desde 2003 - bastante acelerado para cualquier compañía que quiera impulsar la "innovación".

Aunque los dos incluyen categorías separadas, al difuminar las definiciones, a menudo las compañías farmacéuticas pueden dar una impresión falsa de las NME, para que las "innovaciones" justifiquen los altos costes de patentes, es decir, derechos de comercialización exclusivos aprobados por el gobierno.

De 2006 a 2009 solo 48 innovaciones de medicamentos (P+NME) fueron aprobadas por la FDA, mientras un promedio de 84% del financiamiento de la investigación proviene de los fondos públicos de EE.UU., como los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Light y Warburton concluyen que la "inversión corporativa neta en la investigación para descubrir medicamentos nuevos importantes es de cerca de un 1,2% de las ventas, no entre un 17 y un 19%".

Por lo tanto, mientras las compañías farmacéuticas afirman que la UE ha sufrido por la falta de innovación y se ha quedado a la zaga respecto a los gastos de I+D de EE.UU. en un 15% en 2004, hay poco en esta cifra que corresponda a la realidad.

El motivo primordial por el cual las compañías farmacéuticas se han ido en bandada a EE.UU. es el "viaje gratis" del que gozan con los fondos públicos de EE.UU. y la I+D. Los especialistas estiman que solo un cuarto de las NME han sido realmente desarrolladas por las compañías farmacéuticas, en su lugar, la mayoría son licenciadas de laboratorios financiados por el gobierno o el público, como ser los NIH y las universidades, así como compañías más pequeñas.

Leyes y licencias

En 2002, el entonces presidente ejecutivo de GSK, Bob Ingram, habló al Wall Street Journal sobre el tema de las licencias: *"No vamos a invertir nuestro dinero en la firma si hay un vehículo de inversión mejor afuera"*. Ingram señaló que GSK tiene interés en llegar a los niveles de otras compañías, como Merck, que recibió un 35% de sus ingresos de licencias.

La diferencia de coste entre una NME licenciada y otra desarrollada dentro de la compañía es grande: una NME licenciada cuesta solo un 10% del gasto real en I+D (2000) en contraste con una NME desarrollada en la empresa a 74%. En 2000, solo un 13% de las NME aprobadas fueron desarrolladas en la empresa, una cifra que no ha cambiado mucho.

El sistema de licenciamiento se desarrolló a través de la Ley Bayh-Dole - así llamada por los senadores Birch Bayh (demócrata de Indiana) y Robert Dole (republicano de Kansas - dirigida a capacitar a universidades y pequeñas empresas para patentar descubrimientos resultantes de investigación financiada por los NIH (los principales distribuidores de

fondos públicos para investigación médica), otorgando posteriormente las patentes a corporaciones farmacéuticas a cambio de regalías.

La Ley articuló los derechos de protección del contribuyente respecto a licencias no exclusivas: si la acción "es necesaria para aliviar necesidades sanitarias o de seguridad que no son satisfechas razonablemente" o si la acción "es necesaria para atender usos públicos".

Pero el Memorando Ejecutivo de Ronald Reagan de 1983 cambió de táctica, al liberalizar el acceso para incluir la cobertura para las grandes corporaciones. Antes de esto, los descubrimientos públicamente financiados eran considerados conocimientos en el dominio público. Otra obra legislativa - la Ley Stevenson-Wydler - eliminó las barreras entre sistemas "públicamente financiados" (sobre todo por el gobierno, pero también por las universidades) y el sector privado.

Sopesar los costes

En breve, según las NME fueran desarrolladas o no dentro de la empresa, los cálculos de Light y Warbuton - y de otros especialistas, como Angell - revelan que los costes de I+D corresponden, más bien, a un monto entre 50 y 200 millones de dólares.

Basta de hablar de la píldora de los 1.000 millones de dólares. Pero ¿qué pasa con los costes de desarrollo de la vacuna Rotavirus?

Las vacunas se cotizan a menudo entre 40 y 100 veces más que el coste de producción. Las compañías farmacéuticas afirman que la investigación farmacéutica es muy costosa y que los costes de I+D son extremadamente elevados.

Por desgracia para GSK, los acostumbrados 5.000 o 6.000 "sujetos" de ensayos clínicos - la gente involucrada en ensayos de Fase III - aumentaron exageradamente (entre 63.000 y 68.000 personas) a fin de excluir el observado efecto colateral fatal (intususcepción) que sacó a Rotashield del mercado algunos años después.

Antes del masivo ensayo de Fase III, los costes de los ensayos de GSK estaban entre 1,8 millones y 2,4 millones de dólares, señalaron Light et al. A diferencia de Merck, GSK realizó numerosos ensayos en países en desarrollo, reduciendo drásticamente los posibles costes. Pero incluso

calculando al nivel más elevado, los costes totales para los ensayos de GSK de Fase I a Fase III se situaron entre 128 y 192 millones de dólares para las más de 63.000 personas.

La FDA investiga pocos ensayos clínicos realizados en naciones en desarrollo. Una presentación de Pfizer mostró que solo 45 de 6.485 (0,7%) de los ensayos en el extranjero se analizaron en detalle. En 2008, más de un 76% de las personas utilizadas para ensayos clínicos de medicamentos fueron "sujetos" extranjeros, unas 232.532 personas.

No hay que subestimar la importancia del valor abaratado de la gente más pobre, incluida la ventaja de "provecho por médico".

Un informe de fecha 2000, del inspector general del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., reveló que a los médicos en EE.UU. se les pagaban 10.000 dólares por paciente enrolado para un ensayo de medicamento, más 30.000 dólares al enrolar al sexto paciente. Coste que, sin duda, fue incluido como "investigación y desarrollo".

Aparte de la "baratura", en los países en desarrollo existe mucho menos regulación, supervisión y concientización; y es menos probable que los pobres litiguen si se producen daños o muertes como consecuencia del medicamento. Esto es particularmente letal cuando se trata de experimentos con niños. Más de un 78% de los ensayos clínicos concentrados en niños se hicieron fuera de EE.UU.

Vacunas e identificación

La vacuna Rotarix no fue desarrollada dentro de la empresa, sino que se obtuvo una licencia exterior: en 1988, el doctor Richard Ward aisló la cepa del rotavirus humano y desarrolló un candidato de vacuna viva, de uso bucal, bajo un acuerdo de licencia con el Virus Research Institute, que posteriormente se fusionó con otra compañía, para convertirse en Avant Immunotherapeutics, una pequeña firma que ha recibido a menudo subsidios de los NIH.

Como revelaron Donald Light, profesor de política sanitaria comparativa, y la economista Rebecca Warburton en su trabajo que analiza el coste de desarrollo de la vacuna rotavirus, Avant financió un ensayo de Fase II de Rotarix en 1997-1998 que estableció que la droga daba protección en un 89% de los casos. Light et al siguieron escribiendo que, en 1997,

GlaxoWellcome (después GSK) negociaron los derechos globales y aceptaron, a cambio, financiar costes de desarrollo, pagaron 5,5 millones de dólares a Avant y acordaron regalías de un 10% de las ventas netas.

La vacuna rotavirus significó un cambio radical en la introducción de vacunas: usualmente, las naciones más pobres esperan un período de 15 y 20 años. En cambio la vacunación con rotavirus de GSK procedió a través de aprobación regulatoria no en el país de manufactura, sino en el país de primer uso previsto, México.

¿Por qué no África o Asia?

México resultó el lugar perfecto para la introducción: desde los años noventa el gobierno había creado, desarrollado y fortalecido un "sistema nacional de vigilancia" para enfermedad diarreica, señalaron Walsh y Situ. Hospitales y clínicas tenían laboratorios bien equipados para identificar enfermedades contagiosas; el Ministerio de Salud monitoreaba e informaba regularmente sobre casos, como hacían las clínicas y hospitales, como parte del sistema del Instituto de Seguridad Social mexicano (MSSD).

Desde 2004, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) que incluye más de cuarenta naciones de las Américas, apoyó - junto con otras organizaciones - el desarrollo de sistemas de vigilancia de rotavirus en países como Argentina, El Salvador, Guayana, Uruguay, Surinam, Trinidad y Tobago y Honduras. El monitoreo estaba diseñado para "caracterizar la proporción de hospitalizaciones diarreicas atribuibles a una infección de rotavirus", escribe Julia Walsh MD en *The critical path for vaccine introduction*. Esta información es introducida en análisis económicos, un elemento crítico en la decisión de los países sobre si introducir o no una vacuna.

Las buenas noticias, para GSK, sobre México y Brasil, es que el porcentaje de la población que debía ser vacunada es más de un 98%. En 2006, Duncan Steele de la Iniciativa por la Investigación de Vacunas (OMS) declaró que la vacuna Rotarix iba a introducirse en Brasil, Panamá, Venezuela y otros países a un coste de 7 dólares por dosis para uso en la salud pública. En 2004, Brasil compró ocho millones de dosis (dos dosis por niño), al precio completo de 7 dólares por dosis. Ward dijo posteriormente que se calculó que las hospitalizaciones por rotavirus bajaron en un 59%.

¿Manufactura eficiente?

Actualmente, a menos que Merck entre al mercado internacional, no existe competencia para GSK, que ya está considerado como "el principal proveedor de vacunas a UNICEF y GAVI". Según GSK, PAHO y otras agencias de ayuda tienen la intención de comprar suficiente Rotarix para asegurar la inmunización de un 80% de los niños del mundo. Avant calcula que el mercado global para la vacuna generará hasta 1.800 millones de dólares por año. Ni GSK ni Merck han publicado un resumen de sus costes.

Light y Warburton calculan que el coste de Rotarix - debido al increíblemente alto gasto de un ensayo con casi 70.000 personas asciende a hasta 466 millones de dólares, excluyendo los costes capitalizados - y los costes que han tenido que pagar podrán amortizarse con los beneficios de un solo año. A partir de 2008, las ventas ascendieron a más de 1.000 millones de dólares.

Con un coste "eficiente" de manufactura de 1,50 a 2 dólares por dosis, GSK obtendrá un hermoso beneficio del "precio íntegro" en naciones desarrolladas y la tasa de vacunación exitosa de 98% en países como Brasil. Una vez que haya terminado el período de cinco años, GSK, con el monopolio global, formará parte del presupuesto nacional de salud en 40 o más países.

El país de origen de GSK - el Reino Unido - donó la mayor parte de los fondos públicos al fondo de AMC [siglas en inglés de: Compromiso anticipado de mercado], - con 1.340 millones de dólares, mientras el rey del IP, Bill Gates, ofreció otros 1.000 millones de dólares. Gates afirmó que se sentía "muy bien respecto a los precios" recibidos por GAVI pero reconoció que los fabricantes indios y chinos podrían reducir en "algo" el precio si aumentaban la producción de vacuna.

Carece de importancia que compañías farmacéuticas como GSK hayan estado efectivamente en el consejo de administración de GAVI cuando se tomaron esas decisiones.

Las naciones desarrolladas que baten el tambor de la propiedad intelectual relacionada con el comercio, y los capitanes de la propiedad intelectual como Bill Gates, no eludirán el alcance anticompeteritivo de las patentes, para las que no existe el mercado libre, con la agravante de que todo el

valor de las patentes es atribuido de manera opaca a la compañía en cuestión.

Es la otra cara de la "caridad"; es un intento calculado de mantener el statu quo; un mundo estructurado sobre la desigualdad, donde la brecha entre los que tienen acceso a la medicina, y los que no lo tienen, no es solamente innmercido y sistémicamente injusto, sino también letal.

Para parafrasear al brillante comediante Chris Rock, las compañías farmacéuticas - o los narcotraficantes, como dice- no quieren curarte (o matarte). El dinero proviene de lograr que vivas en la necesidad.

LA IMPUNIDAD FARMACÉUTICA

Miguel Jara, 2011³

Este viaje es un tanto lúgubre pero muy necesario para cambiar el rumbo del bienestar en salud de los ciudadanos en el futuro. Así comienza un artículo de mi amigo el abogado especializado en derecho farmacéutico Manuel Amarilla⁴.



El escrito, que yo les resumo, continúa con un tono duro, quizá excesivo, pero lo que escribe Amarilla son verdades como puños:

La estafa política, social y legal montada en torno a los ciudadanos de a pie es alarmante, y nos vamos a tener que rebelar de una vez, si queremos sobrevivir o, en su defecto, *vivir para contarlo*. Por otro lado, la mayoría de

los ciudadanos tienen la culpa, por colaboradores, eso que quede clarito.

Esta nueva revolución - como todas- no va a ser fácil llevarla a cabo con éxito, pues ya lo dice Javier Marías: *"Es como si cada vez más gente apoyara a delincuentes y quisiera ser gobernada por ellos"*.

(...)

A donde quiero ir a parar es a que nos vamos desangrando y degradando poco a poco en nuestra vida diaria, porque somos cada vez más como los seres a los que premiamos en las urnas para que nos gobiernen, es decir, fantoches, matones, bribones, gangsters, bestias pardas y dictadores. ¡La estamos cagando!

³ Disponible en: <http://www.migueljara.com/>

⁴ Disponible en:
http://www.foroibercisalud.com/noticias/ManuelAmarilla_vuelo13.pdf

A pesar de esta cruda realidad, y aunque no todo el personal se lo merezca, como hoy estoy absurdamente animado y desinteresado, os voy a echar una mano en un temita muy concreto e interesante como es el de las muertes por los fármacos que tomamos -por si le sirve a alguien-. Caen como chinches, aunque el número es desconocido o secreto en la actualidad, porque *así interesa a casi todo el mundo*.

Para que nos vayamos haciendo idea de la magnitud del problema general de muertes causadas por fármacos, se ha hecho público el día 3 de este mes de marzo en Viena, el Informe Anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que dice:

"En los últimos 10 años, las muertes por un consumo excesivo de medicamentos han aumentado considerablemente, superando en algunos países al número de fallecimientos por sobredosis con drogas ilegales. Esta grave situación ha merecido escasa atención hasta que la muerte de varios artistas prominentes se relacionó con el abuso de medicamentos de venta con receta".



Siendo muy interesante el caso del ya difunto *Michael Jackson* (que llevaba toda su vida jugando con fuego-blanco hasta que se quemó), me preocupa -y debería preocuparnos más, por nuestra salud-, la situación de los que han palmado y seguirán palmado a causa de la teórica ingesta normal de fármacos sin voluntad personal de extinción, y de los que nunca más se supo ni se sabrá.

No hace falta ir muy lejos ni ser un genio, para saber que el grave problema lo tenemos cerquita, en nuestra vida diaria, aunque a muchos no les interesa que lo veamos. Hay "*Beaucoup de Money Price*" en juego. En caló, mucho parné.

Joan-Ramón Laporte, que es un "*crack*" en esto y lleva años avisando y pegando tiros al aire a los que casi nadie hacía caso y que ahora empieza a estar de moda (aunque ha molestado siempre mucho a la industria multinacional farmacéutica), nos orienta con algunas perlas cautivadoras en una reciente entrevista:

"La aspirina es el medicamento que más gente ha matado, porque es el fármaco que más se ha tomado y *la percepción de su riesgo está distorsionada*.

Cada medicamento tiene su peaje de efectos indeseados. La Agencia Europea del Medicamento calcula que cada año fallecen en Europa 197.000 personas a causa de efectos adversos. En EE.UU. los efectos adversos son la cuarta causa de muerte, detrás del infarto de miocardio, el ictus y el cáncer.

Si la toma o la prescripción del medicamento fuera más atenta a los riesgos que conlleva, se calcula que se podría evitar entre un 65% y un 75% de estas muertes".

Descrito esto y todo lo anterior, y la tremenda realidad que se impone, la pregunta del millón de dólares debería ser: Entonces *¿por qué no hay nadie en la cárcel por estas muertes tan numerosas, descaradas e intencionadas, en ocasiones?*

Cumpliendo con lo prometido anteriormente en este artículo, desvelaré que la razón principal se debe a que *no se realizan autopsias a ningún finado* - por suicidio o no-, con el fin de conocer si la causa de la muerte se debe a un fármaco, o a varios, de *los llamados legales*. En el mejor de los casos se hacen para averiguar si ha sido por drogas ilegales, y si no es así, se queda el personal totalmente tranquilo.

El mecanismo es muy simple, los jueces y fiscales (funcionarios de postín) nunca piensan que otros compañeros suyos de otros ámbitos - como, por ejemplo, los que trabajan en las agencias de medicamentos-, *a veces se equivocan* , aprobando medicamentos que *no hubieran debido aprobar y que van originar muchas muertes*.

Estas graves equivocaciones, la mayoría de las veces no son intencionadas, pero en ocasiones sí, y *también interesadas*, lo cual es mucho más preocupante, ya que pueden llegar a ser, incluso, actuaciones delictuosas que tristemente pasan desapercibidas por muchas razones, que voy brevemente a tratar de explicar.

El escenario habitual de nuestro teatro funciona bajo el paradigma universal de que *todo fármaco aprobado no tendrá efectos adversos graves*

o gravísimos, y que nadie será culpable si esto ocurriera, aún no debiendo ser puesto en el mercado.

Si esto pasa, *la industria farmacéutica se exime de culpa* porque los medicamentos los han aprobado las agencias -aunque ellas las hayan engañado intencionadamente *ocultando los efectos adversos* que ya conocían-. Los funcionarios se van de rositas porque desconocían el hecho, y *las leyes actuales no les exigen responsabilidad civil ni penal* derivada de su negligente actuación profesional. Los médicos no quieren saber nada *aunque hayan avalado*, con su prescripción falsa y engañosa, esta *realidad desconocida* para ellos, y los farmacéuticos -salvo excepciones-, se limitan a vender la mercancía que los otros le han facilitado. Este es el circo tradicional hasta ahora.

En consecuencia, cuando se origina un caso así -*que debiera tener una consideración penal para quienes lo han cometido*, amparado, avalado y facilitado-, se produce una amnistía automática para los autores, se entierra rápidamente el suceso y todos tan contentos. ¡Menos trabajo para la justicia! La culpa la tiene el ciudadano por su *apatía e ignorancia* general, en todos los sentidos y en este mucho más. *El progreso y la industrialización además lo justifican todo*. Lo vemos a diario en nuestras vidas.

Si se producen muchas muertes de abuelitas o daños graves en su salud, se les dará a los herederos una pequeña indemnización colectiva como ha ocurrido ya tantas veces. Sólo por mencionar unos episodios concretos en ambas modalidades, el de los *dializadores de la multinacional Baxter o Acreal de Sanofi-Aventis*. ¿Alguien se acuerda de estos? Los seguros están concebidos para lograr *la exculpación de los culpables* y dar, a los perjudicados, limosnas miserables que normalmente se aceptan por no haber otro remedio o miedo a litigar.

Esta trágica "milonga del desarrollo" nos está enterrando impunemente a todos.

HIPOCRESÍA, INTERPOL Y BIG PHARMA

Miguel Jara, 2013⁵



El diccionario define **hipocresía** como "fingimiento de sentimientos, ideas y cualidades, generalmente positivos, *contrarios a los que se experimentan*". No he podido evitar relacionar la hipocresía con la noticia de que **Interpol** ha anunciado un acuerdo con 29 de las

empresas farmacéuticas más grandes del mundo con **el objetivo de combatir la "lacr" de los medicamentos falsos**, que según la organización pone en peligro la salud de millones de personas. El programa aspira a concienciar sobre los peligros de esos medicamentos, especialmente entre aquellas personas que compran medicinas a través de Internet. En mi libro *La salud que viene. Nuevas enfermedades y el marketing del miedo* dediqué un capítulo a explicar cómo una parte de la *industria farmacéutica -Big Pharma-* utiliza el marketing del miedo (*meterle miedo a la población de manera organizada*) para intentar acabar con el mercado negro de sus drogas legales. Es *legítimo* buscar ese objetivo pero me llama la atención que a ello dediquen sus recursos las diferentes policías pues no sólo es Interpol, también lo hacen **la Guardia Civil, la Policía española o Europol**. Delito es desde luego. Según el jefe de la Sección de Consumo y Medio Ambiente de la Unidad Central Operativa de la Guardia Civil, el principal obstáculo al que se enfrentan es "**demostrar que realmente hay un grave riesgo para la salud de la persona**, porque si no habría delito por tráfico ilegal pero no contra *la salud pública*."

"Los fármacos falsificados pueden constituir la diferencia entre la vida y la muerte de un paciente", opina *Christopher Viehbacher*, director ejecutivo de *Sanofi*, una de las farmacéuticas que han suscrito este acuerdo. *Roche, Novartis, Bayer AG o Johnson&Johnson* son otras de las firmas que se han unido a la iniciativa.

⁵ Disponible en: <http://www.migueljara.com/>

Es hipócrita todo esto porque esos laboratorios también *venden productos que pueden suponer un riesgo para la salud de las personas*. De manera legal, pero en ocasiones, como os voy a comentar abajo, han generado problemas de salud pública. Lo que les importa a los directivos de esas compañías no es el daño que han provocado y provocan con ciertos medicamentos y productos sanitarios sino *que no les usurpen una parte del negocio*.

Sanofi todavía tiene juicios pendientes en España por su fármaco Agreal, que destrozó el sistema nervioso de varios miles de mujeres y hoy continúa vendiéndose en varios países de *América Latina*. La *Agencia Francesa del Medicamento* ha pedido a la *Agencia Europea del Medicamento* (EMA) que retire del mercado todos los medicamentos que contienen tetrazepam, un principio activo que produce serias y numerosas reacciones adversas. En Francia se han contabilizado once muertes asociadas al consumo de este principio activo. En España hay un medicamento que contiene tetrazepam, Myolastan, del laboratorio Sanofi Aventis.

Roche podría no haber comunicado a la *Agencia Europea de Medicamentos* (EMA) miles de reacciones adversas provocadas por sus medicamentos en *Estados Unidos*. Habría ocultado hasta 15.161 muertes relacionadas con sus fármacos. Italia, Suiza, Austria y España han prohibido la venta de vacunas contra la gripe de la compañía Novartis. Pueden existir problemas de seguridad en las mismas... que se suman a su manifiesta inutilidad.

Bayer también ha tenido sentencias judiciales en contra por los daños provocados con su medicamento Lipobay. Por último, Johnson&Johnson - observad que sólo pongo ejemplos de daños a personas o a la salud pública provocados por las farmacéuticas citadas en la nota de la *Agencia EFE*-. Visitadores médicos de dicha compañía ofrecieron en el quirófano al cirujano que operaba a Margarita del Moral, de 34 años, unos nuevos aparatos quirúrgicos que utilizó con ella. La mataron. Lo narro en *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*.

Está muy bien que las diferentes policías del mundo se ocupen de los fármacos falsificados pero al tiempo también podían ocuparse de los originales y de quienes los comercializan; toda una cadena de responsabilidades que exigir. Desde *Bufete RAM (Reacciones Adversas a los*

Medicamentos) podemos ayudarles con información, afectados, documentación, indicios, pruebas. Quedamos a su disposición.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferreira, Norma Estela (2015). *¿Quiénes forman la mafia farmacéutica?*
Disponible en: <https://es.sott.net/article/35619-Quienes-forman-la-mafia-farmacéutica>
- Gwen, Olsen (2009). *Confessions of an RX Drug Pusher* (Inglés)
Disponible en: <https://www.amazon.es/Confessions-Drug-Pusher-Gwen-Olsen/dp/1935278592>
- Helfer, Adam (2011). *Drogando a América: La industria farmacéutica expuesta*. Disponible en: <https://es.sott.net/article/5401-Drogando-a-América-La-industria-farmacéutica-expuesta>
- Jara, Miguel González (2007). *Traficantes de salud*. Editorial Icaria. – ISBN: 978-84-7426-913-0 Disponible en: <https://www.traficantes.net/libros/traficantes-de-salud>
- Jara, Miguel González (2009). *la salud que viene*. Editorial Península. – ISBN: 978-84-8307-869-3 Disponible en: <https://www.traficantes.net/libros/la-salud-que-viene>
- Jara, Miguel González (2013). *Hipocresía, Interpol y Big Pharma*. – Disponible en: <https://es.sott.net/article/20020-Hipocresía-Interpol-y-Big-Pharma>
- Sharife Aljazeera, Khadija (2011). *La gran estafa multimillonaria de las corporaciones farmacéuticas*. Disponible en: <https://es.sott.net/article/7633-La-gran-estafa-multimillonaria-de-las-corporaciones-farmacéuticas>