



Biomédica

ISSN: 0120-4157

biomedica@ins.gov.co

Instituto Nacional de Salud

Colombia

Velásquez, Germán

Los medicamentos: ¿un bien público mundial?

Biomédica, vol. 24, núm. 2, junio, 2004, p. 0

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84324201>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Biomédica Instituto Nacional de Salud

Volumen 24, No. 2 - Bogotá, D.C., Colombia - Junio, 2004

Editorial

Los medicamentos: ¿un bien público mundial?*

En pleno siglo XXI, la tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a los medicamentos; el 75% de la humanidad vive en los países en desarrollo y tan sólo compra el 8% de los productos farmacéuticos que se venden en el mundo. Sin embargo, no cabe duda de que disponemos de los medios técnicos y financieros necesarios para producir todos los medicamentos que el mundo necesita. ¿Cómo es posible, entonces, que de los 30 millones de personas infectadas con VIH en África, solamente 27.000 sean tratadas, y que 10 millones de niños menores de 5 años mueran cada año en el mundo, mientras que si hubieran tenido acceso regular a ciertos medicamentos esenciales, 8 millones de ellos se habrían podido salvar? Aproximadamente 10 años después de la aparición de los primeros antirretrovirales en el mercado, menos del 1% de las personas de los países en desarrollo que los necesitan tienen acceso a ellos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente se podrían evitar más de 10 millones de muertes de ahora al 2015, si se mejoraran las intervenciones en el campo de las enfermedades infecciosas y crónicas, la salud materna y prenatal. La mayoría de estas intervenciones depende de los medicamentos esenciales (1).

Vivimos en una época llena de contradicciones. Una niña nacida hoy en Mozambique tiene pocas probabilidades de cumplir los cinco años, mientras que otra nacida en Suiza tiene una esperanza de vida de ochenta años. Es un desequilibrio sobrecogedor que podría evitarse si solamente los estados llamados 'desarrollados' asumieran una voluntad política más firme y más amplia en materia de salud. Infortunadamente, los intereses y los privilegios comerciales de las naciones más desarrolladas priman sobre las urgencias sanitarias que se presentan en la mayor parte del mundo; el libre comercio es, ante todo, lo que los estados poderosos invocan para justificar su inercia. El acceso a los medicamentos ilustra dramáticamente este desequilibrio y constituye un ejemplo exacto que ilustra el impacto que tienen los imperativos comerciales en la vida y la muerte de millones de hombres y mujeres en el mundo. De hecho, este estado de cosas sólo se podrá modificar con la intervención decidida de los actores más importantes de la sociedad internacional: los estados, las organizaciones no gubernamentales y las compañías farmacéuticas que deberían sentirse igualmente comprometidas con el drama que se vive en Mozambique y en otros lugares del mundo. Es un desafío global que nos incumbe a todos y cuya respuesta internacional debería ser creativa, vigorosa y masiva.

¿Cuáles son los desafíos?

¿De dónde surge el debate que se ha dado en estos últimos tres o cuatro años en torno al impacto de las nuevas reglas sobre la propiedad intelectual y el derecho de las personas a acceder a los medicamentos que necesitan? (2). ¿Cuáles ha sido las características y las lecciones de este debate y de las negociaciones entre el comercio y el acceso a la salud? ¿Cuál es la importancia y la trascendencia de este problema? Y, finalmente, ¿cuáles son sus desafíos?

En 1995, mediante el Acuerdo de Marrakech, se creó la Organización Mundial del Comercio (OMC) que se funda sobre una serie de acuerdos multilaterales de carácter obligatorio, entre los cuales está el de los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual Ligados al Comercio, ADPIC (conocido como TRIPS, por su sigla en inglés). Tres o cuatro años después, el sector de la salud 'se despertó' y se dio

*Conferencia dictada en la Universidad de Ginebra, abril de 2004, versión original en francés.

cuenta de las implicaciones económicas, políticas y jurídicas de semejante acuerdo a escala nacional. Muchos países en desarrollo expresaron su preocupación y designaron a la OMS para que realizara un estudio de las posibles consecuencias del Acuerdo de los ADPIC sobre el acceso a los medicamentos. El informe de la OMS alertó a la comunidad internacional ante el hecho de que el acuerdo de los ADPIC era una iniciativa de los países industrializados y un reflejo de sus puntos de vista e intereses y que las necesidades de los países en desarrollo no habían sido necesariamente tomados en consideración. La OMS recomendó a los países en desarrollo aprovechar al máximo la flexibilidad ofrecida por el texto de los ADPIC con el fin de evitar las graves consecuencias sobre las políticas de salud pública y su capacidad de respuesta frente a la crítica situación.

A este trabajo y a la preocupación de los países en desarrollo, se anexaron rápidamente las campañas de las organizaciones no gubernamentales, como Médecins sans frontières y Oxfam International, así como campañas universitarias y, en pocos meses, este asunto se convirtió en tema y objeto de atención y de debate en la prensa de muchos países.

Entre 1998 y 2001 un proceso hizo correr ríos de tinta. Se opuso al gobierno de la República de África del Sur y a los 39 laboratorios farmacéuticos que intentaron evitar la aplicación de la ley farmacéutica (*Medicines and Related Substances Control Amendment Act* de 1997) inspirada en las recomendaciones de la OMS¹. Este proceso aceleró y modificó considerablemente el debate. Unos meses después del final del proceso, el 20 de junio de 2001, por iniciativa de un grupo de países africanos, el tema del acceso a los medicamentos irrumpió en el seno mismo de la OMC. Las 144 delegaciones que manejan el Acuerdo sobre los ADPIC en Ginebra decidieron afrontar el problema. En noviembre 2001 en Doha (Qatar), la conferencia ministerial de la OMC adoptó la declaración “del acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública”. Este texto les solicita a los países miembro de esta organización que apliquen este acuerdo de manera tal que se proteja la salud pública y se haga posible el acceso a los medicamentos. Éste “confiere a los países toda libertad para que escojan los motivos de atribución de licencias obligatorias y el derecho a determinar lo que constituye una urgencia nacional o una situación de emergencia” (3). “Aunque esta etapa fue importante... la Declaración de la OMC deja en suspenso muchos problemas, especialmente el tema de las medidas que se deben tomar con el fin de ayudar a los países sin capacidad de producción para que puedan acceder a los medicamentos genéricos fabricados por fuera de sus fronteras”, declara la UNDP.

La reunión ministerial de la OMC en Doha, en noviembre de 2001, le entregó al Consejo de los ADPIC² la misión de encontrar, en el plazo de un año, la solución para lo que se llama el “párrafo 6”³: hallar la forma para que los países que no tienen capacidad de fabricación de medicamentos, puedan tener recurso a “licencias obligatorias”, un mecanismo jurídico previsto en el Acuerdo sobre los ADPIC. Las licencias obligatorias son un dispositivo cuyo objetivo es reducir los obstáculos que impiden el acceso a los medicamentos, cuando éstos son objeto de un monopolio, en virtud del sistema regulado por un período de 20 años.

Después de un año de un diálogo de sordos sin la menor solución concreta, los negociadores no hicieron sino mostrar su inconsciencia frente a la gravedad y a la urgencia del problema. La propuesta del párrafo 6 no es, en caso alguno, la panacea para todos los males que aquejan a la humanidad: se sabe que el problema de los precios, aunque es el principal obstáculo al acceso de los medicamentos,

¹ La OMS recomienda a los países miembros que consuman medicamentos genéricos mucho menos caros que los de marca. Para mayor información sobre el proceso, consulte: Victory in South Africa, but the struggle continues. <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/updateSA.htm>

² Órgano de la OMC en Ginebra, que administra el Acuerdo sobre los ADPIC y está compuesto por 144 miembros.

³ Las discusiones en que se enfrascaron los países miembros de la OMC en torno de la puesta en marcha del párrafo 6 de la Declaración de Doha, concluyeron en agosto del 2003 (mientras que la fecha límite era diciembre de 2002). Estas discusiones muestran muy claramente la oposición concertada y apoyada por el sector farmacéutico, de algunos países desarrollados, entre los cuales está Estados Unidos.

no es el único. La accesibilidad depende básicamente de cuatro factores: la selección juiciosa de los medicamentos autorizados para ser distribuidos en el mercado de ciertos países; la existencia de dispositivos de financiamiento; la presencia y mantenimiento de sistemas y de infraestructuras de salud fiables y de precios accesibles para los enfermos o los sistemas de seguridad social. Sin ser el único factor determinante de accesibilidad, el precio de los medicamentos juega, sin la menor duda, un papel esencial. No es para menos que la OMC, 'administradores' de uno de los símbolos principales del proceso actual de globalización que constituye el acuerdo sobre los ADPIC, dejó pasar la ocasión de entregar un mensaje claro de 'buena voluntad' a los que, convencidos de la necesidad de desarrollar y de mejorar el comercio internacional, se ven en la obligación de luchar por salvar las vidas de quienes deberán producir los bienes que serán objeto de este comercio y que, en teoría, también deberían poder gozar de ellos. Es un enunciado bastante complicado, el simplificar y el decir qué sucede con las licencias obligatorias y con la generalización del sistema regulado después de estas negociaciones.

¿La investigación de qué y para quién?

En la lógica del sistema actual, si se le puede llamar lógico a este círculo vicioso, es indispensable la generalización del sistema regulado (de una vigencia mínima de 20 años), exigida por el acuerdo sobre los ADPIC, con el fin de permitirles a los laboratorios farmacéuticos privados que continúen con sus trabajos de investigación. Efectivamente, ésta es costosa y la regulación garantiza que haya precios altos en razón del monopolio que de allí se desprende (contrario, según algunos, a la libertad de comercio). Si, por un lado, estos precios altos estimulan la investigación, por otro lado, le impiden a la gran mayoría que los necesita, acceder a estos nuevos productos. Por supuesto que hay que salvar la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, con la condición que puedan salvar vidas desde el momento en que se descubren. La continuación de las condiciones actuales del sistema nos llevará a perpetuar la situación absurda en la cual millones de personas mueren por falta de medicamentos que sí existen, cuando la sociedad contemporánea podría ponerlos al alcance de las mismas.

La investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, en gran parte en manos del sector privado, dependen del mercado potencial del producto y no de las necesidades de salud de las poblaciones, especialmente de las más desprotegidas. Durante los últimos 20 años, prácticamente no se ha emprendido ningún estudio para el desarrollo de medicamentos contra enfermedades que afectan millones de personas de los países en desarrollo: la enfermedad de Chagas, las leishmaniosis, la esquistosomiasis o la enfermedad del sueño, por ejemplo.

Hasta hace muy poco, los pacientes que padecen la enfermedad del sueño no tenían otra alternativa que la aplicación de un tratamiento doloroso a base de arsénico, a falta de un medicamento más eficaz, y esto sucede con una enfermedad que afecta a 500.000 personas y amenaza a otros 60 millones en África. La enfermedad de Chagas amenaza a la cuarta parte de la población de Latinoamérica y ninguno de los medicamentos que existen es lo suficientemente eficaz para tratar los enfermos crónicos, ya sean niños o adultos. Sin embargo, debería ser posible aliviar el sufrimiento humano causado por estas enfermedades infecciosas: miles de millones de dólares que se destinan a la investigación y al desarrollo en materia de salud deberían permitir desarrollar tratamientos eficaces para combatir estas enfermedades. De hecho, muy pocos de los medicamentos nuevos que permiten curar enfermedades corrientes de los países en desarrollo fueron lanzados al mercado durante los últimos años, sencillamente porque muy poca investigación y desarrollo se ha llevado a cabo en este campo (4).

¿Los países del norte en peligro?

La aplicación de las nuevas normas jurídicas de propiedad intelectual para los medicamentos tendrá, sin la menor duda, consecuencias en el acceso a los tratamientos en los diez, quince, veinte años

venideros. Si bien es cierto que los países en desarrollo sentirán estos efectos, también es muy probable que también sea el caso para los países industrializados, cuyas poblaciones, acostumbradas, desde hace unos cincuenta años, a tener acceso periódico y gratuito a los medicamentos, puedan reaccionar con fuerza si este derecho llegare a ser cuestionado. ¿Hasta cuándo los sistemas de salud de los países industrializados podrán soportar el aumento de los costos que acarrea la aparición de nuevas especialidades para combatir las enfermedades cardiovasculares, o el cáncer, o los medicamentos desarrollados a partir de la investigación pública sobre el genoma humano y, sin embargo, cubiertos por la reglamentación, o las terapias para el envejecimiento de la población? ¿Será que los países del norte van a esperar para analizar a fondo el problema de los precios altos en los medicamentos hasta que este fenómeno se convierta en una 'enfermedad contagiosa' que los puede contaminar?

En Estados Unidos, según las proyecciones de los centros Medicare y de los Medicare Services⁴, los gastos nacionales en salud van a aumentar al doble entre el 2001 y el 2011 (de US\$1,4 a US\$2,8 billones de dólares americanos) (5). Estiman que los gastos en productos farmacéuticos se triplicarán entre 2001 y 2011, pasando de US\$142 a US\$414 millares de dólares. En consecuencia, las aseguradoras privadas tendrán que enfrentarse a un dilema: reducir sus prestaciones o aumentar las primas.

En muchos países europeos, la porción de medicamentos en los gastos de salud es mucho más elevada que en Estados Unidos, donde no es sino del 10% contra el 17% en Francia⁵, 16,3% en Bélgica, 17,1% en Grecia y 12,8% en Alemania⁶. Los gastos en medicamentos constituyen un indicador de los problemas a los que se enfrentan ahora y en el futuro los sistemas de salud construidos sobre principios de gratuidad y de calidad para todas las poblaciones. Son muchos los países europeos, entre ellos, Francia y Suiza que ya planean reducir la cantidad de medicamentos reembolsados o cubiertos por la administración pública. Las protestas sociales empiezan a aparecer.

La lucha contra el sida: ¿cómo recuperar el tiempo perdido?

Cuando el desastre anunciado del sida parece ser cada vez peor, el debate en torno al acceso de los medicamentos no deja de patinar, como si no hubiéramos aprendido nada, a pesar de los millares de enfermos que siguen muriendo diariamente. Halfdan Malher, antiguo director de la OMS, reconoció, con ocasión de una conferencia de prensa en 1986, haber perdido cerca de cuatro años por “no haberse dado cuenta” de la gravedad de la situación. Su sucesor, Hiroshi Nakajima, afrontado a difíciles retos y a intrigas políticas internas, “perdió” el Programa Mundial de Lucha contra el Sida - *Global Programme on Aids* - y se vio en la obligación de dismantelar la obra emprendida por Jonathan Mann. Unos años más tarde, Peter Piot, responsable de Onusida, declaraba que la lucha contra el sida había perdido nuevamente cuatro o cinco años, entre el dismantelamiento del programa de la OMS y el momento en que Onusida se volvió verdaderamente operacional a mediados de los años noventa. Cabría, entonces, preguntarse, lógicamente, si las Naciones Unidas están a la altura de la gravedad y de la urgencia del problema. Podríamos preguntarnos, incluso, hasta qué punto la comunidad internacional (opinión pública, sociedad civil y académica incluidas) ha sido cómplice de esta indiferencia.

Insuficiencia de medios, de mecanismos de ayuda y de resultados concretos de las grandes declaraciones de principios son características de la comunidad internacional. La Iniciativa de Acceso Acelerado (IAA) representó el acuerdo más importante en estos últimos años, sobre la rebaja de

⁴ Medicaid es el programa norteamericano federal destinado a las personas mayores de 65 años, a los minusválidos o a las víctimas de enfermedades crónicas.

⁵ *Le Monde* del 23/24 de abril de 2004 anuncia la decisión del gobierno de hacer que el reembolso pase en 617 especialidades del 65% al 35% y de no rembolsar 100 otras.

⁶ Datos del OCDE sobre salud 2002, cuarta edición.

precios de los antirretrovirales (ARV) de los países en desarrollo (de US \$12.000 en el 2000 a US \$420 en el 2003 por persona y por año). Onusida lanzó esta iniciativa en mayo del 2000 con otras instituciones de las Naciones Unidas y con cinco laboratorios farmacéuticos (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo SmithKline, Merck & Co. y Hoffman La Roche). A finales del 2001, la responsabilidad de la IAA fue transferida a la OMS. En tres años, 80 países manifestaron su interés, 38 elaboraron planes de acción y 19 concluyeron acuerdos con empresas, con el fin de participar en esta iniciativa. A pesar del interés general manifestado por los países, la cantidad de pacientes en tratamiento ARV en los países que aceptaron la iniciativa, continúa siendo insuficiente: menos del 1%, es decir 27.000 pacientes, cuando en África hay 30 millones de personas infectadas con el VIH⁷.

En junio de 2003, diez países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) rechazaron las propuestas de la IAA y concluyeron un acuerdo mucho más favorable con los fabricantes indios y argentinos productores de ARV, con el fin de bajar los precios de 37 medicamentos, de los cuales 15 tienen el precio de referencia más bajo registrado hasta entonces en estos países. Para los tratamientos de primera intención (ZDV, LMDV, NVP) el precio pasó de US\$1.100 (precio anterior más bajo) o US \$5.000 (precio anterior más alto) a US \$365. “Si el ahorro obtenido se utiliza para proveerse de ARV de primera línea, esto significa que se podrán tratar 150.000 pacientes adicionales. Estas negociaciones también incidieron en los estuches de pruebas cuyos precios cayeron entre 9% y 90% (6).

El Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, el Paludismo y el VIH/SIDA fue aprobado por iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas en junio del 2001, con ocasión de la primera sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas consagrada a la pandemia del VIH/SIDA. La idea básica del Fondo, lanzada durante una reunión de los G8 en Okinawa en julio de 2000, es crear una sociedad pública/privada que permita darle una respuesta, a nivel internacional, a tres enfermedades que cada año le quitan la vida a seis millones de personas, especialmente a ciudadanos de los países en desarrollo. De esta manera, los estados más desarrollados del mundo y los principales actores económicos se comprometieron a contribuir económicamente a la búsqueda de una solución para esta situación intolerable a comienzos del siglo XXI. Desgraciadamente, las donaciones recibidas hasta hoy no representan sino el 20% de las sumas prometidas inicialmente; en otras palabras, tenemos una buena iniciativa, pero evidentemente no se cuenta con los medios necesarios para enfrentar el desafío que pretende solucionar. En China, por ejemplo, donde las autoridades consideran que hay un millón de habitantes infectados, un laboratorio farmacéutico occidental ofreció tratamiento ARV gratuito para 200 pacientes durante 8 años.

Estas iniciativas, como el Fondo Mundial, la disminución de los precios y las donaciones no proporcionan soluciones duraderas si miramos el panorama hasta el 2020, ni para los países en desarrollo, ni para los países desarrollados.

Existen otras iniciativas interesantes, por ejemplo, la iniciativa internacional para una vacuna contra el sida (IAVI), que reúne a los más prestigiosos laboratorios farmacéuticos, a los laboratorios públicos y a las organizaciones no gubernamentales. Uno de sus principios fundamentales es que después de haber descubierto una vacuna, sea puesta a disposición de la mayoría de personas a un precio mínimo y en el menor lapso de tiempo posible. Es una manera de evitar el sistema actual de regulación. Como lo hizo notar Jonas Salk, inventor de la vacuna contra la poliomielitis, cuando le preguntaron a quién le pertenecía su patente: manifestó, “A todo el mundo. Patentar una vacuna es como querer patentar el sol.”

La iniciativa más reciente, completamente prometedora (creada en junio de 2003 en Ginebra), es la creación de una nueva organización sin ánimo de lucro destinada a la investigación de medicamentos con el fin de luchar contra las enfermedades desatendidas que afectan a la población más pobre.

⁷ Estudio realizado por la OMS en Chéri Grace, Ginebra, 2003. Publicación en curso.

Instituciones prestigiosas en el campo de la salud y de la investigación en Brasil, Francia, India, Kenya y Malasia se unieron a Mèdecins sans Frontières, para lanzar el DNDi, *Drugs for Neglected Diseases Initiative* (Iniciativa para la Lucha contra las Enfermedades Desatendidas).

Los seis asociados son el Consejo Indio para la Investigación Médica, la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), el Instituto Pasteur (Francia), el Instituto de Investigación Médica de Kenya, Mèdecins sans Frontières y el Ministerio de Salud de Malasia. El DNDi trabajará en estrecha colaboración con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial y el Programa Especial de Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales de la Organización Mundial de la Salud (OMS/TDR). La OMS/TDR participará, además, como observador de los trabajos del consejo científico del DNDi con el fin de aportar su experticia científica y técnica.

Sólo el 10% de la investigación médica mundial está dedicada hoy en día a las enfermedades que causan el 90% de la morbilidad mundial. “Los pacientes de los países en desarrollo no tienen, entonces, otra posibilidad que tratarse con medicamentos que se volvieron ineficaces y con efectos secundarios significativos”, declara Yves Champey, director interino del DNDi. “El DNDi movilizará a los actores de la innovación científica con el fin de desarrollar nuevos tratamientos para los pacientes más necesitados”, agrega⁸.

El DNDi planea invertir US\$250 millones durante doce años con el fin de desarrollar 6 a 7 medicamentos para combatir la enfermedad del sueño, las leishmaniosis y la enfermedad de Chagas, tres enfermedades mortales que afectan a 350 millones de personas anualmente.

Al situar el desarrollo de los medicamentos por fuera del mercado, estimulando al sector público para que asuma su responsabilidad en el campo de la salud⁹, el DNDi será la quinta organización sin ánimo de lucro que se concentrará en las enfermedades más desatendidas.

Acceso a los medicamentos y derechos humanos

El avance más significativo en estos últimos meses es haber superado el debate en torno a los campos comercial y jurídico y haber logrado que éste sea considerado un *problema ético ligado a los derechos humanos*.

En diferentes medios se empieza a plantear la pregunta de si un medicamento que, en un momento dado puede salvar una vida, es un bien público. A muchos les parece extraño que la prensa y las organizaciones gubernamentales repitan incansablemente que la 'victoria' de Doha consiste en el hecho de haber obtenido la confirmación del “derecho de los miembros de la OMC, a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso de los medicamentos para todos”, pero este enunciado es absolutamente evidente. Sin embargo, la explicación es evidente y preocupante al mismo tiempo: durante dos años se pretendió oponer la salud al comercio y muchas discusiones en las reuniones internacionales intentaron establecer cuál de los dos, la salud o el comercio, debía ser prioritario. Gracias tal vez a este debate equivocado, la cuestión pudo replantearse en términos de derechos humanos. Es, desde esta perspectiva, que se pueden comprender los verdaderos retos y la real dimensión de este desafío.

El derecho a la salud es una cosa, la promoción y el desarrollo del comercio es otra. Estas dos nociones no son contradictorias sino complementarias y oponerlas no conduce a una solución. Las reglas del comercio y de la economía en general deben tener como objetivo contribuir al bienestar social. No pueden de ninguna manera erigirse como obstáculos para confiscar la riqueza y la prosperidad de una parte importante de la sociedad. El acceso a los tratamientos y a los sistemas de salud, entendido como un derecho fundamental¹⁰ del ser humano, debe ser protegido enérgicamente por los

⁸ Comunicado de prensa, 3 de julio 2003, Ginebra “DNDi - Drugs for Neglected Diseases Initiative.”

⁹ Para mayor información, ver www.dndi.org

¹⁰ Enunciar los textos en donde está inscrito este derecho a la salud.

poderes públicos y por sus instituciones. En lo sucesivo está claro que si los medicamentos son considerados como simples mercancías, equivale a aceptar el acceso a la salud como una mercancía a la cual sólo tienen acceso aquéllos que tienen suficiente poder adquisitivo. Comprar la salud o ser condenado, sin posibilidad de apelar, ¡qué realidad tan aterradora!

Debería ahondarse más en la reflexión sobre los medicamentos esenciales como un bien público o indisolublemente ligados a este bien público que es el acceso a la salud. "... En el marco de la globalización, dos movimientos están transformando, en gran parte, la salud en bien público mundial. En primer lugar, las relaciones crecientes entre los flujos de comercio, de migración y de información aceleraron el traspaso, allende las fronteras, de las enfermedades y los riesgos para la salud al comportamiento y al medio ambiente. Luego, las presiones cada vez más fuertes sobre los recursos globales comunes en agua y aire causaron peligros ambientales compartidos," (7) alertan los investigadores. La eliminación reciente de la poliomielitis gracias a la vacuna es un ejemplo de los esfuerzos que se han invertido a nivel mundial por lograr defender la salud como bien público y como desafío internacional.

El medicamento esencial, considerado como un bien público mundial, impondrá sin duda alguna cambios dentro de la comunidad internacional. Los poderes públicos se verán obligados a dar verdaderas respuestas a este nuevo reto: ¿un bien público puede ser objeto de patentes, es decir, estar sometido a un monopolio en detrimento de la mayoría de los seres humanos? ¿Un objeto (medicamento) que hace posible el ejercicio de un derecho fundamental del ser humano, puede estar sometido a reglas que complican o que impiden su accesibilidad universal durante veinte años? ¿No está acaso poniendo así en cuestión flagrante un derecho del ser humano reconocido por la mayoría de la comunidad internacional? ¿Cómo debe organizarse la investigación y el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos, de manera que éstos estén inmediatamente disponibles y accesibles para todos aquéllos que los necesitan? ¿Cómo orientar o redirigir la industria farmacéutica hacia objetivos compatibles con el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida y no hacia la mera expansión económica y el beneficio inmediato? ¿Cómo garantizar en la sociedad del mañana, la producción y la distribución eficaz de estos bienes públicos mundiales que son los medicamentos esenciales? Tendrán que resolverse todas estas preguntas y disyuntivas dentro de los diez a quince años venideros y la mejor manera de prepararse para ello consiste en formularlas claramente desde ahora. No hay que tenerle miedo a desafiar el status quo, ya sea político, económico o social, especialmente, si detrás de este status quo hay niños que mueren y pacientes que sufren mientras que podrían estar curados y en tratamiento.

En una carta del 7 de julio de 2003, dirigida al director de la Organización Mundial del Comercio (la OMPI), 61 expertos de 14 países desarrollados y de 4 en desarrollo del mundo entero, expresaron su preocupación y le pidieron a la OMPI que analizara este problema. "Durante estos últimos años hubo una explosión de proyectos con espíritu abierto y de colaboración con el fin de crear bienes públicos. Estos proyectos son extremadamente importantes y plantean temas de fondo relacionados con políticas adecuadas de propiedad intelectual. Éstos también constituyen una prueba de que se puede lograr un alto nivel de innovación en ciertos campos de la economía moderna sin protección de la propiedad intelectual, y que la protección intelectual excesiva, desequilibrada y mal concebida puede ser contraproducente. Le pedimos a la OMPI que organice una reunión este año 2004 con el fin de analizar estos nuevos modelos de desarrollo que tienen un espíritu de apertura y de colaboración, y que se discuta su pertinencia en las futuras políticas públicas," (8).

Se trata de una problemática especialmente compleja que implica a muchos actores, intereses y discursos de naturaleza y orígenes diversos. Requiere un acercamiento global y multidisciplinario que debe conciliar el derecho internacional vigente y los sistemas jurídicos particulares con el fin de lograr una práctica coherente del comercio que respete los derechos humanos. La solución no se verá inmediatamente ni a corto plazo, pero se empieza a tomar conciencia de la necesidad urgente de

encontrarla. De lo contrario, nos encontraremos en la situación en que está el sida, en la cual la consecuencia de la tardía organización de una respuesta concertada a nivel internacional es que, en este momento, cada paso adelante no es más que la recuperación del tiempo perdido en lugar de un verdadero progreso.

Algunos, como *Mèdecins sans frontières*, afirman que “la Organización Mundial de la Salud, como única institución internacional legalmente responsable de la salud mundial, debe trabajar en la preparación de una agenda prioritaria de investigaciones y de desarrollo” (9). “Ya sea por la OMS o por un consorcio público internacional, el programa de investigación y de desarrollo de nuevos medicamentos deberá establecerse en función de las prioridades y de las necesidades de salud y no en función de las posibilidades del mercado.”¹¹

¿Cómo financiar esta gran empresa? Además de las contribuciones e inversiones ya aceptadas por muchos Estados, James Orbinsky, ex presidente de *Mèdecins sans frontières*, lanzó la idea de crear un impuesto sobre las ventas mundiales de la industria farmacéutica con el fin de financiar una institución pública encargada de la investigación. Otra posibilidad sería invertir una parte de los gravámenes nacionales sobre el tabaco en un fondo público internacional, lo cual posibilitaría que los países en desarrollo participaran en esto y garantizaría la investigación en el campo de las enfermedades tropicales (10).

De nada sirve atacar a la industria farmacéutica o a quienes se le oponen y tratar de dividir el mundo entre 'buenos y malos'; más vale intentar formular, concebir e, incluso, inventar para el futuro soluciones que beneficien al conjunto de la sociedad. Soluciones que pueden fácilmente ser puestas en práctica, si el sentido de urgencia compartido por la comunidad internacional, frente a la pandemia del VIH/SIDA por ejemplo, se tradujera en la voluntad política de actuar. Tenemos que atrevernos a transformar y a enfrentar todos los obstáculos que nos alejan de una solución posible.

Germán Velásquez

Coordinador, Programa de Acción para los Medicamentos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
Las opiniones expresadas en este artículo no comprometen sino al autor.

Referencias

1. Quick J, Hogerzeil H, Velásquez G, Rago L. Twenty-five years of essential medicines. *Bull World Health Org* 2002;80:913-4.
2. Globalization and access to drugs: perspectives on the WTO/TRIPS agreement. *Health Economics and Drugs*, DAP Series No. 7 WHO. p.38-41.
3. UNDP. Informe mundial sobre el desarrollo humano 2002. Nueva York: Naciones Unidas; 2002. p.105.
4. MSF. Investigación médica varada, para las enfermedades de los más pobres. Ginebra: MSF; 2001.
5. Heffler S, Smith S, Won G *et al.* Health spending projections for 2001-2011. The latest outlook. *Health Affairs* 2002;;207-18.
6. Francisco Rossi, comunicado en la red E-MED del 16 de junio de 2003.
7. Kaul I, Grunberg I, Stern MA. *Global public goods*. New York: UNDP; Oxford: Oxford University Press; 1999. p.289.
8. <http://www.cptech.org/ip/wipo/kamil-idris-7july2003.pdf>
9. MSF. *Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases*. Geneva: MSF; 2001
10. Velásquez G. *Le profit contre la santé, hold-up sur le médicament*. *Le Monde Diplomatique* 2003 (julio).

¹¹ Ex presidente de *Mèdecins sans frontières International*. *Obligations versus charity in global research and development*. Paris, octubre de 1999 (presentación audiovisual).