

---

## SALUD Y PROPIEDAD. DERECHOS EN CONFLICTO

**M. José Olivé**

Oxfam.Intermon. Barcelona

### INTRODUCCION

Desde finales de la década de los 90 se ha desarrollado una polémica que viene enfrentando los derechos de propiedad intelectual y el derecho básico a la salud de las personas de los países en desarrollo. Su origen está en las normas de propiedad intelectual relacionadas con el comercio - conocidas como ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual en el comercio), o TRIPS en sus siglas inglesas, aprobadas por la Organización Mundial de Comercio en 1995, y consideradas como un atentado al derecho a la salud, por los gobiernos y poblaciones de los países en desarrollo, ya que su aplicación supone un encarecimiento de los medicamentos básicos y mayor dificultad de acceso a los mismos.

El acuerdo ADPIC contiene la legislación sobre patentes, que otorga a sus propietarios derechos de propiedad durante veinte años, y prohíbe en el caso de los medicamentos, la producción de copias genéricas de medicamentos protegidos por una patente. La polémica iniciada durante la discusión del Acuerdo, se ha intensificado en los últimos años al constatar las consecuencias que ha tenido su aplicación y las discrepancias basadas en la interpretación de sus cláusulas. La polémica ha enfrentado a los países en desarrollo y diversas organizacio-

nes no gubernamentales, con las multinacionales farmacéuticas y gobiernos de países ricos, especialmente con el de EEUU. Los acuerdos ADPIC han dado lugar a un amplio debate en el que se han implicado junto a gobiernos, organismos internacionales, agencias de cooperación, investigadores, activistas y lógicamente las poblaciones afectadas.

Los países en desarrollo y las ONG están librando desde entonces una auténtica batalla para mejorar las cláusulas del acuerdo, argumentando que el acceso a las medicinas esenciales se ha visto muy reducido con la prohibición del uso de genéricos y con el aumento de los precios de las medicinas patentadas, en un momento en que está creciendo la resistencia microbiana a los tratamientos existentes, y en el que el SIDA se extiende como una auténtica pandemia por los países en desarrollo, especialmente en el continente africano, donde se encuentran los países con menores recursos para hacerle frente.

Las farmacéuticas, y su principal lobby el Pharmaceutical Research and Manufacturers of América (PHARMA) han presionado con fuerza al gobierno americano y a los de otros países desarrollados, para que respondan con amenazas de sanciones económicas o llevando a los tribunales, a los países que infrinjan las normas del acuerdo

ADPIC con el fin de garantizar la atención sanitaria de sus poblaciones. A pesar de las conferencias que han tenido lugar desde entonces en diferentes foros internacionales y de la revisión de los acuerdos realizado en la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha, a finales del 2001, no se ha conseguido aún llegar a un acuerdo satisfactorio. En la Cumbre de Doha, los ministros firmantes de la declaración reconocieron la existencia de problemas todavía no resueltos en el acceso a las medicinas para los países sin capacidad suficiente para producirlas, y fijaron como fecha tope para encontrar una solución la de finales de 2002.

En los últimos meses se han multiplicado los informes, comisiones de estudio y encargos a expertos para encontrar un compromiso que haga compatibles el derecho a la salud y el derecho a la propiedad. La OMS encargó al prestigioso catedrático argentino Carlos Correa un documento que sirviera de orientación al dictamen del Consejo de ADPIC. El más reciente, encargado por el Departamento Británico de Desarrollo Internacional y dirigido por el Catedrático de Derecho de la Universidad de Stanford, John Barton, refuerza los argumentos que se han desarrollado en defensa de los derechos de los países pobres.

## 1. LA SANIDAD EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACION

El contexto economicista que preside la visión de progreso en la sociedad actual, y el triunfo de la doctrina liberal a ultranza como única vía para acceder al progreso hace que la salud, al igual que cualquier otro bien de mercado, se produzca y distribuya en una economía dual en el ámbito mundial. En los países adelantados –que conforman la demanda básica de bienes y servicios de salud- los avances en prevención, diagnóstico y tratamiento permiten cada día a sus poblaciones gozar de mejor salud y hacer frente a los problemas sanitarios derivados de la sociedad de consumo. Mientras en ellos se alarga la vida de las personas gracias a avances tecnológicos y a una atención sanitaria cada vez más sofisticada, en los países en desarrollo- con escasos recursos para acceder al mercado- once millones de personas morirán el próximo año por causa de enfermedades infecciosas que pueden prevenirse y tienen fácil tratamiento. Más de un tercio de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales. La precaria situación sanitaria de los países pobres es además un obstáculo para su desarrollo. Junto a los efectos en la reducción de la esperanza de vida por la pandemia de SIDA -qué afecta a unos 40 millones de personas- la falta de salud contribuye a cerrar el círculo de la pobreza. La pobreza, la alimentación insuficiente, la falta de acceso al agua y la falta de higiene son factores que aumentan el riesgo de enfermedad, y ésta trae consigo la dis-

minución de la productividad del trabajo y una carga económica insostenible para muchas familias.

En países como Zambia, tratar una neumonía infantil puede suponer la mitad del presupuesto mensual de una familia. Muchas familias tienen que endeudarse o vender animales, que significan el ahorro de largo tiempo, para hacer frente a la enfermedad de uno de sus miembros o para pagar los gastos hospitalarios de un parto con complicaciones. En la India se calcula que sólo el 20% de los enfermos buscan recibir atención médica, porque saben que no podrán pagar los costes del tratamiento. (Oxfam). Las mujeres son quienes sufren con mayor intensidad las consecuencias de los déficits sanitarios, por su mayor vulnerabilidad y por recaer sobre ellas tanto el cuidado de los enfermos como los gastos familiares en medicamentos. Para la población los países pobres los medicamentos son con frecuencia el único recurso disponible para hacer frente a la enfermedad. La debilidad de las estructuras sanitarias y del gasto público, se ha acrecentado con la aplicación de los Planes de ajuste estructural impuestos desde la década de los 80 por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, a los países en desarrollo, como condición para acceder al refinanciamiento de la deuda. Africa subsahariana, donde se concentran las tasas de mortalidad infantil más elevadas y la menor esperanza de vida, dispone sólo del 1% del gasto sanitario mundial, y por ello la población tiene que pagar de su bolsillo el gasto en medicamentos. (Intermon. Oxfam. 2001). Además la escasez de personal cualificado, la

pobreza de medios y las dificultades de acceso a los centros sanitarios hacen que los cuidados sanitarios se reduzcan muchas veces al acceso a medicamentos adecuados.

No es por tanto de extrañar que gobiernos de países en desarrollo hayan emprendido una dura batalla contra los acuerdos de la OMC que empeoran aún más sus precarias medidas sanitarias.

## 2. LA NUEVA LEGISLACION DE PATENTES. EL ACUERDO TRIPS- ADPIC

En 1995 nace la Organización Mundial de Comercio (OMC), tras el largo proceso de negociaciones conocido como Ronda Uruguay. En los años noventa, las transacciones comerciales mundiales ya no se limitaban a mercancías y capitales, sino que los servicios, la información, las nuevas tecnologías y la propiedad intelectual se convirtieron en los nuevos productos de mercado que abrían nuevas y sustanciosas posibilidades de beneficios a las empresas productoras de conocimientos.

La OMC, institución que sustituyó al Acuerdo General de Aduanas y Comercio (GATT) en la tarea de eliminar los obstáculos que dificultan el comercio, está dotada de mucho mayor poder que aquél, y sus normas permiten establecer sanciones a los Estados que las incumplan, y mecanismos compensatorios para los estados que se consideran perjudicados por la infracción. Al no ser un organismo de Naciones Unidas, no está sujeto a ningún acuerdo respecto a los derechos humanos o al medioambiente, y se rige por tanto

por la pura lógica comercial. A pesar de que todos los países miembros tienen derecho a voto y que las decisiones se adoptan por mayoría, en la práctica se produce un claro desequilibrio a favor de los países ricos en el número de representantes, los cuales además han sido elegidos por los gobiernos de forma poco transparente. Tampoco la información es transparente, ni el funcionamiento de sus comités de expertos, entre los que abundan los procedentes de multinacionales con intereses en los campos de actuación de la OMC.

El llamado Acuerdo ADPIC fue uno de los nuevos acuerdos introducido en la Ronda Uruguay, y afecta a los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio. Entró en vigor en enero de 1995 para regular un sector que hasta entonces y desde 1974 estaba bajo la órbita de una única institución, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), la institución de la ONU especializada en la regulación internacional de la propiedad intelectual. Junto a la complejidad de la legislación y la falta de claridad de sus textos, el Acuerdo ADPIC incluía una definición de material patentable, contenida en el art. 27 de la sección 5º, que ampliaba ligeramente de la definición de la OMPI, permitiendo que pudiera aplicarse la normativa de patentes a organismos vivos, reproducidos o modificados mediante la biotecnología. Establecía además derechos de propiedad totales sobre los productos farmacéuticos y obligaba a todos los países miembros a modificar sus legislaciones para adaptarlas al Acuerdo.

Hasta entonces más de cincuenta

países en desarrollo excluían los medicamentos del sistema de patentes u otorgaban patentes de forma restringida. La protección de las patentes en el acuerdo ADPIC tiene un plazo de 20 años. En la aprobación tuvieron un papel muy destacado los lobbies de los poderosos sectores empresariales y las diplomacias de los países desarrollados que disponen de alta tecnología, y poseen alrededor del 97% de las patentes del mundo (PNUD 1999). Entre ellas predominaron las grandes empresas farmacéuticas (Pfizer, Merck, Du Pont) en alianza con la administración Reagan, tal como reconoció claramente D. Pratt, ex ejecutivo de la Pfizer, quien escribió: «*Nuestra fuerza conjunta nos permitió establecer una alianza global entre el sector privado el gobierno que sentó las bases de lo que sería el ADPIC*» (Interino Oxfam 2002). El lobby farmacéutico, PHARMA dedicó 236 millones de dólares en actividades de presión en el Congreso y el ejecutivo entre 1997 y 1999. No es de extrañar dicho interés pues la industria farmacéutica iba a ser la principal beneficiada por el aumento de los precios que la legislación de patentes supone.

### **Su impacto en los países en desarrollo**

Hasta su entrada en vigor, los países en desarrollo excluían algunos medicamentos del sistema de patentes o recurrían habitualmente al uso de genéricos. Países como India, Brasil, Tailandia o Egipto han desarrollado industrias de medicamentos genéricos capaces de reducir su dependencia de la in-

dustria extranjera e incluso de exportar a otros países en desarrollo. La mayor parte de países del Africa subsahariana importan genéricos para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, a precios entre una quinta y una décima parte del de los patentados.

Con la nueva legislación los países en desarrollo habrán de otorgar patentes a los nuevos productos farmacéuticos a partir del año 2005, y los países incluidos en el grupo de países menos avanzados (PMA) a partir del 2016. Aunque de hecho, la mayoría de estos últimos no se benefician de este plazo mayor ya que ha entrado en vigor la legislación de patentes o se está adaptando, a través de la firma de acuerdos regionales o bilaterales que la incluyen.

### **Aumento del precio de los medicamentos**

La prohibición de genéricos producirá un incremento de los precios de las medicinas patentadas, y además la restricción de la competencia, contribuirá también al aumento de los precios. La experiencia hasta ahora lo está demostrando. Los genéricos de antibióticos con los que se combaten enfermedades infecciosas responsables de gran parte de la mortalidad infantil en los países en desarrollo, cuestan una octava parte del precio de sus equivalentes patentados. Las versiones genéricas de anti-retrovirales y otros medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH/SIDA y las enfermedades que le acompañan, cuestan entre 3 y 15 veces menos que las patentadas. En la India las empresas de genéricos

comercializaban en 1999 a menos de 1.500 dólares la terapia triple antiviral que en los países industrializados costaba entre 10.000 y 15.000 dólares por paciente y año. En Tailandia el precio de los medicamentos para el tratamiento de la meningitis asociada con el SIDA descendió a menos del 1% de su precio anterior al finalizar el período de vigencia de las patentes. En Bangladesh la versión de Septraxon que se utiliza para el tratamiento de la bronquitis cuesta la tercera parte que la de la marca comercial. (Intermon Oxfam 2000).

La legislación sobre patentes va a significar un duro golpe al acceso a los medicamentos en todos estos países. Según una estimación realizada en la India, se preveía un aumento de al menos un 26% en el precio de los medicamentos, y de entre un 200 a 300% para los nuevos patentados. (Intermon Oxfam). Con este incremento de los precios muchas personas quedarán excluidas del tratamiento de las enfermedades. El gasto público sanitario que es con frecuencia de entre 5-7 dólares por persona y año en los países de renta baja – frente a los 1.600 de los países ricos (OMS 1998) – deja gran parte del gasto en medicinas en manos de los propios enfermos pobres, para quienes los genéricos eran una auténtica tabla de salvación.

### Salvaguardas previstas en el acuerdo ADPIC

La negociación del ADPIC incluyó algunas salvaguardas por las que se pretendía que el derecho de propiedad intelectual no fuera un im-

pedimento insalvable para combatir las enfermedades en los países en desarrollo. El artículo 8º reconoció que los gobiernos puedan adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública, siempre que fueran «consistentes con el acuerdo.» Mediante la cláusula de las *autorizaciones obligatorias* (art. 31) se permite a los gobiernos, en casos determinados de interés público, la fabricación de una medicina patentada sin el consentimiento de su propietario.

La salvaguarda de *importaciones paralelas* admite que puedan realizarse importaciones de medicamentos de otros países cuando el precio local sea superior al de otros mercados. Pero en todo caso se refiere siempre a medicamentos patentados, no a genéricos, y en el caso de autorizaciones obligatorias sólo será factible acogerse a la cláusula si se dispone de capacidad de producción de medicamentos y un nivel demanda interior suficiente para hacer viable su fabricación. En la práctica, ya se ha comprobado que han sido diversos países desarrollados quienes han podido acogerse a ella, mientras que los países en desarrollo han encontrado todo tipo de obstrucciones para hacerlo y ha sido además objeto de presiones por parte de las empresas farmacéuticas cuando han pretendido utilizar dichas cláusulas.

### Conflictos de interpretación

En efecto, la interpretación de las salvaguardas ha dado lugar a conflictos que han puesto de manifiesto la dificultad de hacer compatibles los intereses de la salud

pública con la defensa de maximizar los beneficios empresariales. Sudáfrica protagonizó el conflicto de mayor envergadura y con mayores repercusiones mediáticas, cuando el gobierno de Mandela promulgó una ley en 1997 para proporcionar acceso a medicamentos mediante importaciones paralelas a los 4,5 millones de afectados por el SIDA. Esta medida fue objeto de una demanda legal al gobierno sudafricano por parte de 39 empresas farmacéuticas que la consideraban contraria a la normativa de patentes. La demanda desató una fuerte campaña de presión y denuncia – la Treatment Action Campaign– con un gran respaldo de la población y de las organizaciones y movimientos populares, que tuvo un gran impacto entre los medios de comunicación de diversos países.

Entre las Organizaciones no gubernamentales internacionales, Médicos sin Fronteras ejerció el liderazgo, iniciando una campaña de Acceso a Medicinas Esenciales. Poco después, Oxfam Gran Bretaña, emprendió la campaña *Cut de Cost*, que en España con el nombre de «Patentes. ¿A qué precio?», Esta aún llevando a cabo Intermon Oxfam. Ambas recogieron miles de firmas en diversos países en apoyo al gobierno sudafricano. Save the Children, Health Action International, y VSO también emprendieron acciones de presión y denuncia, y han actuado en coalición con las anteriores en diversos momentos.

Tras tres años de litigio, en los que se calcula que unas 400.000 personas murieron en el país a causa del SIDA, el pleito acabó con la retirada de la demanda de las farmacéuticas, tras sufrir un considera-

ble deterioro de su imagen pública, y con el suministro de antiretrovirales genéricos gracias a importaciones procedentes de Brasil. También Brasil, cuyo gobierno inició en 1996 el suministro de terapia antiretroviral gratuita a su población reduciendo la mortalidad por SIDA en un 50%, tuvo que hacer frente a un proceso, cuando en marzo de 2001 su gobierno anunció la autorización de producir dos medicamentos para la atención del SIDA, si las farmacéuticas no reducían los precios. Estados Unidos inició el proceso, basándose en la disposición «especial 301» de su legislación Comercial, disposición aprobada en 1998 que da a la Representación comercial de EEUU (URST) el derecho a imponer sanciones a los países cuya legislación de patentes sea débil. La URST, a reclamo de PhARMA, ha utilizado después la «especial 301» contra Egipto, India, República Dominicana, Vietnam o Tailandia, amenazando con represalias económicas o comerciales a estos países. (Interino Oxfam 2000). Finalmente el proceso a Brasil también fue retirado ante la fuerte presión internacional.

### **Doble rasero**

La hipocresía de los países ricos se manifestó claramente durante los meses siguientes al 11 de septiembre, cuando Estados Unidos se enfrentó al problema de envíos de esporas de ántrax. El gobierno americano declaró que no respetaría los derechos de patente de Bayer si no reducía sus precios, y el gobierno canadiense amenazó con permitir a una empresa local la fa-

bricación de un medicamento patentado. De esta manera aplicaban un doble rasero para su país, al reclamar para ellos, lo que estaban condenando en los países en desarrollo. Otro ejemplo de esta diferencia de trato la tenemos en los precios diferenciales. Como han demostrado diversos estudios, las mismas medicinas se venden más caras en países en desarrollo que en países desarrollados. Como ejemplo tenemos los datos publicados por The Lancet en diciembre del 2000, sobre los precios del Fluconazol de Pfizer, que eran de 12,20\$ por tableta en EEUU mientras que en Guatemala se vendían a 27.60\$.

### **La conferencia de la OMC de Doha**

La legislación de patentes había de revisarse en la frustrada Conferencia de la OMC de Saettle, que no pudo celebrarse por la enorme presión de los movimientos sociales. La revisión se realizó en la siguiente conferencia que tuvo lugar el Doha (Qatar) en noviembre del 2001, donde pudo celebrarse con menores «interferencias» de la sociedad civil. Numerosos documentos tanto de la OMS o de UNCTAD, como de expertos del mundo académico o de ONGs, analizaron el Acuerdo, insistiendo en que era necesario interpretarlo con suficiente flexibilidad para permitir que los países pobres pudieran acogerse a las salvaguardas. Pero los obstáculos que habían encontrado los gobiernos para hacerlas efectivas, movieron al Grupo africano y a otros países en desarrollo, a expresar su preocupación, y a presentar un bo-

rrador de la «Declaración Ministerial sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública», en la reunión de junio del Consejo de ADPIC, en el que se afirmaba el derecho de los gobiernos a formular sus propias políticas de salud pública, y proponía mayor claridad de las salvaguardas en este sentido. EEUU, Japón, Suiza, Australia y Canadá se alinearon en defensa de la protección de la propiedad intelectual resaltando su importancia en la investigación y desarrollo, mientras que la UE buscó propuestas de solución.

La negociación de estos textos en el Consejo General llevó finalmente a la aprobación, sobre la base de consensos de última hora, de un texto con un equilibrio muy preciso en sus palabras, que suponía un importante paso adelante en el acceso a las medicinas, al incluirse la primacía de la salud pública sobre los derechos de propiedad intelectual. Algunos analistas sin embargo atribuyen este éxito de la declaración de Doha, más al cambio de postura del gobierno americano tras el once de setiembre, que al peso de los países en desarrollo. En Doha se reconoció, que el Acuerdo ADPIC debe interpretarse e implementarse de manera que respalde el derecho de los países miembros a proteger la salud pública y a promover el acceso a las medicinas. También se reconoció la dificultad de los países sin suficiente capacidad para producir sus propios genéricos, para utilizar la salvaguarda de las autorizaciones obligatorias, ya que no quedaron autorizadas las exportaciones de genéricos a terceros países. Finalmente se instaba al Consejo de ADPIC a buscar una solución a este problema y presen-

tarla al Consejo General antes de final del año 2002.

Esta es pues la situación en el momento actual. El artículo 30 de ADPIC permite esquivar los derechos de patentes para proteger la salud pública del propio país que se acoge a la salvaguarda, pero no se reconoce el derecho a la exportación de medicamentos genéricos a países sin capacidad de producirlos. Esto deja a la mayor parte de los países pobres sin posible acceso a medicamentos, ya que en el momento en que la legislación de patentes sea efectiva en los países hasta ahora suministradores de genéricos, como la India, Tailandia o Brasil, cosa que está prevista para el 2005, se verán privados por ley de las importaciones baratas que hasta ahora utilizaban. La Declaración de Doha, aunque ha supuesto un avance importantísimo para los países en desarrollo, ha dejado todavía pendiente de interpretación la contradicción entre el derecho de todos los países a tomar las medidas necesarias para garantizar la salud de sus ciudadanos y la prohibición de exportaciones.

Por otra parte, y a pesar de esta favorable resolución, en febrero del 2002, PhARMA continuó su ofensiva instando al gobierno norteamericano a que estudiase posibles sanciones a cuatro países en desarrollo, haciendo caso omiso de las recomendaciones de Doha. En marzo del mismo año, en la reunión del Consejo de ADPIC, EEUU propuso además una moratoria para bloquear las posibles soluciones. Las ONGs y los países en desarrollo han continuado trabajando desde entonces para encontrar una interpretación no restrictiva del artículo

30, defendiendo que el mismo pueda utilizarse para autorizar exportaciones de medicinas y material sanitario, siempre que el país importador pueda certificar su necesidad para objetivos de salud pública nacional. También han buscando la complicidad de la OMS para que adopte una mayor implicación en el debate, y de la OMPI para que ambas faciliten asistencia técnica a los países en desarrollo para adaptar sus legislaciones integrando las salvaguardas favorables de ADPIC.

### 3. LAS RAZONES DE LAS FARMACÉUTICAS

Los argumentos de las campañas por el acceso a las medicinas y la modificación de la legislación de patentes, fueron contestados por las farmacéuticas, dando lugar a un interesante debate entre ambos sectores. El principal argumento de las farmacéuticas para defender un período tan largo de protección de las patentes, consistía en justificar su necesidad por los altos costos de la investigación y los riesgos empresariales del sector. Se estima que colocar un nuevo medicamento en el mercado tiene un coste de I+D de unos 500 millones de dólares, mientras que los costes de fabricación de las copias son muy bajos.

Argumentan que los beneficios de la protección de la propiedad intelectual que proporcionan las patentes, incentivarán la investigación en la industria farmacéutica, y que esto resultará a la larga un beneficio para todos los países. Frente a esto sus oponentes se basan en detallados estudios del sector, y sin

oponerse al sistema de patentes, contradicen los argumentos que impiden su flexibilidad para que los pobres accedan al uso de los fármacos.

Sin negar el derecho legítimo a recuperar la inversión y obtener beneficios demuestran que el sector farmacéutico es de los más rentables que existen, con márgenes de beneficios de hasta un 26%, muy superiores a otros sectores industriales, y que una importante parte de la inversión en I+D procede de fondos públicos. Además alegan que las cifras publicadas por Pharma sobre los costes de comercialización de nuevos medicamentos han de tomarse con cautela, pues no suelen tener en cuenta las ventajas fiscales, tasas reales de descuento, o la reducción cada vez mayor del tiempo necesario para la comercialización. (Intermon Oxfam).

Por otra parte la realidad demuestra que la inexistencia de una normativa como la del acuerdo ADPIC no ha sido hasta ahora un freno para el desarrollo de numerosos antirretrovirales, antibióticos y medicamentos destinados a enfermedades propias de los países ricos, ya que la existencia de mercado ha supuesto un estímulo suficiente.

Los beneficios empresariales tampoco han aumentado el interés de las empresas en investigar remedios para las enfermedades que en los países pobres son causa de alta mortalidad. Según datos de la OMS, solamente un 0,2% de la investigación en salud se destina a enfermedades respiratorias agudas, diarreas o tuberculosis que son responsables del 18% de la mortalidad mundial, y un 0,1% a la malaria, que causa el 3% (el 10% en África subsahariana) de la mortalidad.

La debilidad de los mercados latinoamericanos, África y del sur de Asia, hace que estos mercados supongan un porcentaje tan mínimo de ventas para la industria farmacéutica, que la protección de patentes en ellos no aportará apenas beneficio a la industria, mientras creará incalculables perjuicios a la población más vulnerable.

#### 4. LOS ACUERDOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Las farmacéuticas han defendido también su imagen esgrimiendo como alternativa su participación en Acuerdos Públicos y Privados (PPI en sus siglas inglesas), como la *Accelerating Acces Initiative* de ONU-SIDA, la Alianza mundial para la Vacunación e Inmunización de la Fundación Gates, o las reducciones de precios voluntarias, donaciones y otras medidas filantrópicas las que las grandes empresas han desarrollado. Algunas campañas como la de la LF se ha realizado con resultados exitosos y han contado con el apoyo conjunto de diversos organismos internacionales: OMS, UNICEF y Banco Mundial; agencias nacionales de cooperación, ONGs, investigadores y grandes farmacéuticas –Gallo Smithkline y Merck. Otras alianzas han servido para prevenir la ceguera de los ríos, incluyendo importantes donaciones de Merck y Pfizer. Novartis tiene un programa de donaciones para combatir la lepra y Glaxo Wellcome un programa de medicamentos contra la malaria.

Las ONGs consideran sin embargo que estos acuerdos y campañas no son una solución satisfacto-

ria. Consideran que hay que arbitrar soluciones estructurales vinculantes, pues las iniciativas voluntarias aunque puedan aportar mejoras positivas, son puntuales, insuficientes y sujetas a la voluntad de las empresas y muchas veces ligadas a los impactos mediáticos. Pueden complementar, pero no sustituir a las normas que garanticen el derecho de los gobiernos de actuar en defensa de la salud pública. En mayo del 2002 diversas ONGs presentaron una serie de recomendaciones a la OMS, advirtiéndole de las consecuencias de los PPI, que al depender del sector privado deben negociarse con las farmacéuticas, y pueden desviarse de los objetivos sociales, sanitarios y de sostenibilidad perseguidos por la OMS. Es probable que este tipo de iniciativas privadas que incluyen diversas alternativas voluntarias para los países en desarrollo, sean en el futuro uno de los temas más importantes de debate, ya que las empresas intentarán utilizarlos como la solución adecuada para hacer compatibles el derecho a la salud de los pobres y su voluntad de mantener intactos los derechos de propiedad en todo tipo de países. Tanta filantropía choca sin embargo con los precios diferenciales a favor de los países del norte que antes hemos mencionado, y con el hecho de que las reducciones de precios, que ahora empiezan a contemplarse por parte de las empresas como una alternativa en los países pobres, suelen ir acompañadas de otras condiciones o límites impuestos por las industrias a estos países para establecer acuerdos.

Las ONGs terminaban su informe instando a la OMS a continuar ejerciendo la función de agencia global

para la protección y promoción de la salud pública, y a asegurar que ningún tipo de relación con la industria comprometerá sus responsabilidades técnicas ni su credibilidad.

#### 5. MÁS ALLÁ DE LA FILANTROPIA

Frente a la voluntad de las farmacéuticas de centrar el debate en sus acciones voluntarias de responsabilidad social, también han reaccionado las ONGs. Un reciente informe de Oxfam, Save de Children y VSO titulado «*Más allá de la filantropía*», emplazaba a las industrias farmacéuticas a mejorar sus esfuerzos para abordar la crisis sanitaria de los países en desarrollo, adoptando medidas y políticas de responsabilidad social. La rendición de cuentas y la responsabilidad social corporativa comienzan a formar parte de las políticas empresariales, que se ven acosadas por las críticas de diversos sectores de la sociedad civil.

En su estudio, las ONGs señalaron cinco prioridades que constituyen los principales retos para la transparencia y rendición de cuentas del impacto de las políticas empresariales en los países en desarrollo, más allá de simples acciones filantrópicas que son: precios, patentes, iniciativas de acuerdos públicos y privados, investigación y desarrollo y uso apropiado de medicamentos. Aunque el cuestionario fue entregado a once empresas, sólo tres, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline y Novartis, dieron respuestas con suficiente información.

El informe concluye que los principales retos se dan en el punto de

los precios. Ya que las empresas se muestran reticentes a aceptar sistemas de precios diferenciados para los países en desarrollo, y quieren evitar compromisos más allá de los voluntarios. Por el contrario han aumentado notablemente las iniciativas de acuerdos públicos y privados, que incluyen donaciones y reducciones de precios y que en opinión de las empresas son la mejor respuesta tanto a la crisis de salud como a las expectativas de los donantes. En el tema de patentes las empresas continúan siendo reticentes a la adopción de una interpretación flexible de los derechos de propiedad intelectual que permita a los países pobres el acceso a las medicinas. En cuanto a la investigación y desarrollo hay más palabras que hechos en lo referente a enfermedades tropicales, y las compañías no suelen dar información sobre la proporción que se destina a este tipo de enfermedades.

Como conclusión se constata que todavía estamos muy lejos de poder acceder a información suficiente que se pueda medir y verificar, necesaria para disponer de un sistema de rendición de cuentas que permita tanto a los críticos como a los inversores, conocer la performance de las empresas farmacéuticas. Las ONG, proponen a las empresas una serie de indicadores con los que deberían medir su avance en el ejercicio de su responsabilidad social. También reafirman, entre las buenas prácticas, que acepten la exportación de copias genéricas y otorguen precios diferenciados a los medicamentos en los países en desarrollo, como forma de facilitar el acceso a los mismos en los países sin suficiente capacidad productiva.

## 6. CONCLUSION

El debate del Acuerdo ADPIC, su aplicación y las posibles interpretaciones de sus cláusulas, son una muestra clara de cómo se producen los enfrentamientos de intereses en la sociedad del conocimiento. Los defensores a ultranza del mercado argumentan que a largo plazo supondrá ventajas para todos. La interpretación flexible del acuerdo ADPIC no es desde luego una medida suficiente para resolver los problemas sanitarios de los países pobres. Necesitarán asistencia técnica para implantar y planificar el diseño de programas que refuercen sus sistemas sanitarios, mayor implicación de los propios gobiernos en afrontar los retos sanitarios, mejora de los sistemas de distribución.

Será necesario un incremento sustancial de fondos públicos, en lo que la iniciativa del *Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria*, puede ser una oportunidad, siempre que los gobiernos se impliquen y se les permita adquirir medicamentos genéricos, pues de otra forma se convertiría en un subsidio público a las farmacéuticas.

Junto a los medicamentos se han iniciado ya otros debates de temas igualmente conflictivos, como las patentes de semillas modificadas, conocimientos tradicionales u otros organismos vivos. Un conflicto que remite a una reflexión mucho más profunda sobre los objetivos de la investigación científica, cómo entendemos el progreso humano y cómo a veces bajo el inapelable nombre de la ciencia, se esconden auténticos atentados a la dignidad de las personas.

## BIBLIOGRAFIA

INTERMON OXFAM: Reducir el coste, Patentar la injusticia. *Marzo 2001*.

Salud Pública, bienestar privado. *2001b*.

Argumentos inverosímiles. *Abril 2001c*.

Adpic y Salud pública. La próxima batalla. *Agosto 2002a*.

El impacto de la competencia de genéricos sobre el precio y el acceso a los medicamentos. *Junio 2002b*.

ABBOT, F.M.: WTO TRIPS argument and its implications for access to medicines in developing countries. Study Paper 2<sup>a</sup> British CIPR. 2002.

DETTLER, A.E.: Using innovative action to meet Global Health needs through existing intellectual property regimes. Study paper 2b CIPR. 2002.

CORREA, C. Implications of the Doha Declaration on TRIPS. WHO, 2002.

GLAXOSMITHKLINE: Facing the challenge. Julio 2002.

BARTON, J. Report of the CIPR. 22.09.02 Citado por The Economist 14.09.02 .

WTO: Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Doha WTO Ministerial Conference. 2001..

HAI, MSF, OXFAM, VSO, Save the Children: Conference Report: Implementations of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health: technical Assistance- How to get it right. Marzo 2002.

Drug Policy at the 55<sup>o</sup> World Health Assembly. Mayo 2002.