

# En camino a nuevos paradigmas

Entrevista al Dr. Germán Velásquez

**Aunque se acaban de generalizar las patentes por 20 años, las graves contradicciones de este sistema hacen que se sigan investigando y proponiendo otros mecanismos para que los medicamentos sean un bien común y accesible a todos.**

¿C

uál es el contexto actual en materia de medicamentos, ha habido avances?

—Este año estamos celebrando los 30 años del concepto de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En aquella época los actores eran la OMS y los ministerios de salud del mundo entero, a nivel internacional y nacional. Nadie hablaba de medica-

mentos fuera de un ministerio de salud. Hoy en día nos encontramos con que los actores se han multiplicado increíblemente. Está la OMS, pero también casi todas las agencias especializadas de Naciones Unidas: la Unesco, la Unicef, el PNUD, la UNCTAD. Y además la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual,

el Banco Mundial, los bancos de desarrollo en distintas regiones del mundo. También hay fondos millonarios para la compra de medicamentos como el Fondo Global de Ginebra, la Fundación Gates o el programa federal de los EE.UU.; que cuentan con varios miles de millones de dólares, y ONGs importantes como Médicos sin Fronteras, OXFAM, etc., a los que se suman los partenariados público-privados, más de 80 a nivel mundial, que se ocupan de medicamentos.

Uno podría decir: “bienvenida toda esta generosidad mundial”, pero pareciera que esta multiplicación no se está traduciendo en una real mejoría de la situación y más bien se le está complicando la vida a los países. Cada uno de estos donantes llega con condiciones, cada uno quiere un proyecto distinto. En el caso del programa de los EE.UU., pone como condición que se compre a su propia industria de manera que no se compren genéricos. Y en este momento el precio de un cóctel

## Perfil de un experto

El Dr. Germán Velásquez es Director del Secretariado para la Salud Pública, la Innovación y la Propiedad Intelectual de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), en la cual trabaja desde 1989. Doctor en Economía de la Salud por la Universidad de la Sorbona, entre 1979 y 1988 fue consejero de varios ministerios de salud en países africanos. Para ellos formuló y colaboró con la implementación de políticas de medicamentos asistiendo en la organización y gestión del sector farmacéutico. Es autor o co-autor de más de 40 publicaciones en temas de economía de la salud y medicamentos, seguros sociales de salud, globalización y acuerdos internacionales de comercio, propiedad intelectual y acceso a los medicamentos.



para un enfermo de sida si es genérico se consigue a US\$150 por persona y por año; pero si es de marca cuesta entre US\$ 5.000 y 10.000 por año. Todos estos organismos tienen miles de millones de dólares de presupuesto, y la OMS tiene no más de US\$ 40 millones en medicamentos para el mundo entero. Son fondos muy, muy, modestos. De manera que ese es un debate en el que estamos.

Hasta ahora el sello de la OMS es fuerte en muchos países. Sin embargo, me pregunto hasta cuándo va a durar esto cuando al final lo que interesa es lo que tienen los fondos y los dueños del negocio. Personalmente creo que la OMS está en una crisis bastante fuerte, diría casi una crisis de identidad. Durante 30 años hicimos muchísimas cosas, y muy bien hechas, en materia de uso racional de medicamentos, en su control de calidad, en denominaciones comunes internacionales, en selección; la elaboración de la famosa lista de medicamentos esenciales. Hoy

en día muchos de los actores nombrados están haciendo ese tipo de cosas, y tal vez mejor que la OMS. Entonces nosotros tendríamos que encontrar otro rol: qué podríamos hacer que los otros no estén haciendo y que podamos hacer mejor. Y ahí hay también un tema en debate.

**–Con respecto a propiedad intelectual y patentes, ¿hay avances o retrocesos?**

–Se acaba de generalizar la duración de la patente por un período de 20 años, cosa que la mayoría de los países en desarrollo no tenía, y muchos industrializados hasta hace unos 15 años ni siquiera tenían un régimen de patentes. Al generalizarse las patentes, la tragedia que vivimos, sobre todo con el sida, es que el medicamento está encarcelado durante 20 años e impide el acceso a las personas que se están muriendo. En África, donde el consumo de medicamentos per cápita es de un dólar, un enfermo no puede pagar US\$ 10.000 por el cóctel de un año; incluso si lo bajarán a 200, tampoco podría.

“Al generalizarse las patentes la tragedia que vivimos, sobre todo con el sida, es que el medicamento está encarcelado durante 20 años e impide el acceso a las personas que se están muriendo”, explica Velásquez.

Hasta ahora el sistema, con problemas y dificultades, había funcionado; los laboratorios investigaban, descubrían y hacían el medicamento. Ahora, si todo el mundo tiene que esperar 20 años... Un enfermo de sida en 3 o 4 se muere. De manera que el sistema llegó a una contradicción que no es viable. Hay que buscar alternativas.

Desde hace 2 años empezó una iniciativa en la OMS llamada, por su sigla en inglés, IGWG –Grupo de trabajo Intergubernamental– en la cual han participado unos 120 países. Ya van 3 reuniones de una semana entera para tratar de ver qué puede hacer la OMS en materia de acceso a medicamentos y propiedad intelectual. Ahí hay un panorama gigantesco e interesante que se abre. La OMS ha estado durante 30 años recomendando a los países y predicando como un sermón de iglesia: “deberían hacer esto, y esto, y esto”. Pero muchos países oyen muy poco, les importa muy poco lo que la OMS diga. La realidad va por otro lado, los sistemas de salud los están decidiendo los modelos económicos que tome cada país.

El IGWG está tratando de buscar cuáles serían los sistemas alternativos o paralelos al de patentes, de manera que la sociedad pueda invertir, investigar, descubrir nuevos productos que estén inmediatamente en el dominio común, que cualquiera los pueda fabricar y la gente tenga acceso.

**–¿Hay experiencias en este sentido? ¿Se ve cuál podría ser el camino?**

–Hay algunas experiencias. Está lo que se llama la Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (Drugs for Neglected Diseases Initiative-DNDi),

creada por Médicos sin Fronteras y cinco instituciones de países como Brasil y Suiza, para hacer investigación sobre enfermedades que algunos llaman olvidadas –yo diría más bien ignoradas– sobre las cuales no se investiga simplemente porque las personas que las padecen no tiene poder de compra. La industria investiga donde hay mercados potenciales, no sobre eso.

Esa iniciativa tiene fondos públicos gigantescos para investigar y el fruto inmediatamente se pone en el dominio común. Es muy tímida, muy puntual, sobre 4 o 5 enfermedades tropicales. Pero es un ejemplo útil de que tal vez la vía de solución iría por una mayor inversión de parte del sector público, que los medicamentos que se descubran con esos fondos sean de dominio común, y no patentados.

**–Pero hay mecanismos que los Estados pueden usar para fabricar medicamentos aunque haya patentes...**

–En la OMC, en el acuerdo sobre propiedad intelectual que establece el régimen de patentes, hay algunos mecanismos de flexibilidad. Uno es sobre las licencias obligatorias: cuando un medicamento está sobre el régimen de patente, se puede exigir al Estado que se le retire la patente al



“La industria farmacéutica sabe que el precio es según el país que sea. En América latina, sabe que el 10 o 15% de la población es gente rica, que puede a pagar cualquier precio y se enfoca solo en ese mercado con precios muy altos, el resto no es su problema”, dice Velásquez.

detentor y se permita fabricar a otros para que los precios bajen y la gente tenga acceso. Brasil utilizó durante muchos años la licencia obligatoria como mecanismo de negociación. No retiraron la patente, pero amenazaron hacerlo y cada compañía se acercó a negociar y bajó los precios. Recientemente hicieron una licencia obligatoria. Otros países –como Tailandia, que hizo 8 licencias obligatorias– retiraron la patente y autorizan a varios fabricantes e inmediatamente el precio baja a una décima parte.

En la Argentina hubo una experiencia bastante original e interesante, liderada en por el ex ministro de Salud, el Dr. Ginés González García, quien inició

una negociación con la industria de genéricos y las de marca de unos 10 países. Los llamaron y les dijeron: “tenemos necesidades en tales medicamentos, ¿qué precio nos dan?” Y llegaron a costos que no se consiguieron en ninguna otra parte del mundo.

**–¿Cuál es el rol de los grandes laboratorios en este escenario?**

–Están tratando de reforzar absolutamente su posición y tratando de conservar al máximo el sistema tal como está hoy en el tema de patentes.

**–¿Qué hacen los Estados frente al poder de la industria farmacéutica?**

–La industria es hoy tan, tan poderosa que los Estados son casi, o sin el casi, incapaces de controlarla. Hay conflictos graves porque el gobierno en sí se ve en un dilema: Salud contra Economía. Es una industria que proporciona ingresos, divisas, exporta sumas gigantescas; una fuente importante de recursos para un país. El fondo del problema es que esto se volvió un negocio, pero de lo que estamos hablando es de la salud, de la vida o la muerte de las personas, de su recuperación, de la prevención de la enfermedad, y resulta que es puro y simple negocio donde se busca recuperar la inversión al máximo.

**–¿Hay formas de revertir esta situación?**

–La comunidad internacional le dio hace 10 años a la OMC la posibilidad de tomar decisiones de carácter obligatorio; si un país es miembro tiene que cumplir lo que ella decide y punto. Y si no lo hace hay sanciones económicas. ¿Cómo es posible que la comunidad internacional no le de a la OMS instrumentos de carác-

## Marketing perverso

“Hoy en día el sistema es algo perverso –afirma Velásquez–. Los grandes laboratorios dicen que invierten en el orden de 700, algunos dicen 1.000, millones de dólares en investigación durante 5 o 6 años para descubrir una molécula. Supongamos que después de 10 años se llega a la conclusión de que ese producto no sirve, ¿qué hace? No va a perder el dinero. Entonces trata de que no sea tóxico, que nadie se muera por usarlo, y lo introduce en el mercado con una maquinaria de publicidad brutal para recuperar la inversión aunque no sirva o tenga menos utilidad que otro existente. Pero lo lanza con gran publicidad, con toda su estructura, con los visitantes médicos diciendo: “Doctor, este es el último descubrimiento de la ciencia...”.

ter obligatorio? Que cuando diga: "hay que vacunar", por ejemplo, sea obligatorio y haya sanciones para el Estado que no lo cumpla. Estamos hablando, por ejemplo, de erradicar la polio desde hace 15 años, pero resulta que si la India no vacuna en el norte, Bangladesh no puede erradicarla jamás, y hoy en día con la globalización no hay fronteras.

Hay dos precedentes muy recientes en la OMS que abren una esperanza muy grande. El primero es la Convención sobre el Tabaco. La OMS negoció sobre ella durante 4 años y ya la han firmado 150 países que tienen que hacer en sus parlamentos una ley de carácter obligatorio. Hoy, en cualquier parte del mundo, no se puede fumar en los transportes públicos, no se fuma en espacios comunes. Y si se fuma hay multas. Probablemente el tabaco no era la principal prioridad de salud, pero la aproximación a la cuestión es la justa.

Hubo otra experiencia reciente, la Convención Sanitaria Internacional, una legislación sanitaria de carácter obligatorio que ha sido ratificada por los parlamentos.

"Desafortunadamente, en América latina hay muy pocos controles de precios, mientras que en los países de Europa occidental los controles del Estado son drásticos porque reembolsa el 100% de los medicamentos que se consumen", define Velásquez.



# Una alternativa europea

Más allá de las incipientes iniciativas en curso, Velásquez ve otra posible vía de cambio en el tema patentes, vinculada a los presupuestos de los países desarrollados.

"El cambio en materia de patentes vendrá cuando los países industrializados no puedan seguir pagando la factura de medicamentos –sostiene–. En Europa occidental ya van 3 o 4 generaciones que los reciben gratuitamente, como derecho. Pero en los últimos 10 años, el gasto en medicamentos crece en el orden del 10/12% mientras que el crecimiento económico no llega al 2%. Son países muy ricos y tienen cierta elasticidad pero están llegando a un límite, se están empezando a dar cuenta de que no pueden seguir así. De ahí vendrá la solución, cuando estos países tengan que encontrar un método alternativo para descubrir y desarrollar nuevos productos. Eso va a beneficiar a los países llamados del Tercer Mundo".

tos. Si mañana hay, por ejemplo, una epidemia de cólera en un país, la OMS puede decidir que deje de exportar carnes, pescados, o lo que sea, inmediatamente. Es obligatorio y de no cumplirla tendría sanciones.

En el campo de los medicamentos, hay quienes están pensando por qué no hacer una convención en la cual todos los países dieran una cotización de acuerdo a su PBI y número de habitantes, para crear un fondo global gigantesco

y que se decida cuáles son las enfermedades prioritarias para las cuales no hay medicamentos o se podrían mejorar, se investigue, se pongan en el dominio común inmediatamente y no se patente nada. Eso podría mejorar increíblemente el acceso y no solamente, también la investigación sobre las verdaderas necesidades en salud pública; y no sobre los productos que podrían tener una rentabilidad creando su necesidad en el mercado. Eso es un poco en lo que estamos actualmente.

–¿Y en qué parte de este proceso están?

–Para la OMS era fácil hacer una Convención sobre el Tabaco porque se lo puede declarar abierta y frontalmente enemigo de la salud y hacerle la guerra. No se le puede declarar la guerra a la industria farmacéutica de la misma manera, la necesitamos, es un actor importante, hay que reorientar las cosas; y es bastante conflictivo y complicado, es una negociación compleja. Creo que puede durar 3 o 4 años, pero tenemos que ir hacia allá.