

Reducir el Costo

Patentar la Injusticia:

las Reglas del Comercio Internacional, una

Amenaza para la Salud de los Pobres

Prefacio de Sir John Sulston, Co-fundador del Proyecto Genoma Humano

En la actualidad, cuando la nueva tecnología tiene tanto potencial para contribuir al bienestar humano y cuando también se ha vuelto el punto de competencia determinante más importante en el mercado global, es inquietante que los derechos de monopolio de los productores de tecnología están siendo fortalecidos. Estoy por lo tanto muy satisfecho que Oxfam, con su inmensa experiencia en desarrollo, ha entrado en este campo técnico y complejo contribuyendo con su profundo análisis de cómo el fortalecimiento de las reglas de patente afectarán la salud de la gente común, particularmente aquellos que viven en países pobres.

El breve documento de Oxfam demuestra cómo las nuevas reglas globales de patentes, introducidas por la Organización Mundial de Comercio, aumentará el precio de las medicinas esenciales con implicaciones potencialmente desastrosas para los países pobres. En breve, estas reglas exigen a todos los países proporcionar protección de las patentes por un mínimo de 20 años para los inventos en todos los campos de tecnología, incluyendo la medicina.

Tal como el documento indica, los ganadores en el sector farmacéutico serán las empresas transnacionales basadas en el norte, que como resultado de la larga protección de patente dispuesta por las reglas de la OMC podrán vender sus nuevos medicamentos a precios altos. Los perdedores serán los millones de personas que no tendrán con qué pagar los nuevos medicamentos esenciales y los servicios de salud que proporcionan los gobiernos actualmente enfrentados a una crisis fiscal. Esta situación va a socavar los esfuerzos en incrementar la productividad y erradicar la pobreza y resultará en la ampliación de la brecha entre las naciones ricas y las pobres.

Las patentes tienen un rol importante que jugar, en estimular la inversión y la innovación. Cualquier sistema de patente tiene que balancear la necesidad de premiar a los inventores por un lado, con el gran interés de beneficiar a las personas con esos nuevos inventos. El informe de Oxfam presenta un caso incontestable en el sentido que las actuales reglas de la OMC, como resultado del cabildeo corporativo, sacrifican la salud pública por el beneficio privado. También hace notar que la anomalía extraordinaria, por medio de la cual la OMC, una organización responsable en desarrollar las reglas para el comercio libre, está produciendo un marco legal para el desarrollo de los monopolios corporativos.

Espero que este documento convenza a los gobiernos y empresas de la urgente necesidad de revisar las reglas de patente global para poder prevenir el impacto adverso en la salud y el desarrollo. Mientras que los efectos completos de las reglas de patente de la OMC no se vean por un tiempo, este informe demuestra que hay evidencia suficiente para justificar una acción ahora.

Reducir el Costo Patentar la Injusticia: las Reglas del Comercio Internacional, una Amenaza para la Salud de los Pobres

Resumen

Oxfam lanza una campaña dirigida a reducir el costo de las medicinas para los pobres. La campaña se pone en marcha ahora porque la aplicación de las reglas mundiales del comercio –definidas en el acuerdo sobre derechos de propiedad intelectual de la Organización Mundial del Comercio- está amenazando con agravar aún más el problema en el futuro.

En los países industrializados, la salud pública se está viendo transformada por grandes avances médicos. Los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades aumentan la esperanza de vida y reducen la vulnerabilidad a las enfermedades. Durante el próximo año, morirán unos 11 millones de personas, la mayoría de ellas en países en desarrollo, a causa de enfermedades infecciosas que se pueden prevenir y tratar. Esto equivale a 30.000 muertes cada día. Casi la mitad de las víctimas serán niños y niñas menores de cinco años; la mayoría serán pobres. Muchos millones más sufrirán prolongados episodios de enfermedad e incapacidad, con consecuencias devastadoras sobre la pobreza y la vulnerabilidad de las personas.

Hoy, la brecha sanitaria entre países ricos y pobres intensifica las desigualdades de renta y de oportunidades, y socava los esfuerzos por alcanzar los objetivos de desarrollo humano acordados internacionalmente.

Muchas de las muertes prematuras y de los casos de incapacidad asociados con enfermedades infecciosas se podrían evitar, reduciendo así la brecha en la salud pública, si los pobres tuvieran acceso a las medicinas. Aquellos que más las necesitan son los que tienen menos capacidad de permitirse el tratamiento. En el mundo en desarrollo, la pobreza de las familias, el gasto público inadecuado y la falta de infraestructuras sanitarias se unen para dejar fuera del alcance de los pobres la posibilidad de un tratamiento médico adecuado. Según la Organización Mundial de la Salud, en los países en desarrollo unos 2.000 millones de personas carecen de acceso a medicinas vitales. Por otro lado, las enfermedades infecciosas no respetan las fronteras nacionales. La comunidad internacional en su conjunto sufriría las consecuencias (tales como un crecimiento lento y el aumento de la pobreza) del fracaso ante los desafíos de la salud pública en los países pobres.

Este documento viene motivado por la preocupación de que las reglas internacionales del comercio, dictadas por los gobiernos del Norte y las empresas farmacéuticas, y gestionadas bajo los auspicios de la Organización Mundial del Comercio (OMC), van a reducir aún más el acceso de los pobres a medicinas vitales. Las víctimas

inmediatas serán los pobres, pero los países ricos no serán inmunes a las consecuencias. Este es uno de los documentos producidos por Oxfam que forman parte de su campaña Reducir el Costo. Los otros dos documentos: *Dare to Lead* – un reto para GlaxoSmithKline y *Fatal Side Effects: Medicine Patents under the Microscope* – son un informe técnico en este tema. Los dos están disponibles en el “website” de Oxfam.

Introducción

Bajo el régimen de propiedad intelectual (PI) de la OMC, todos los países miembro deben otorgar derechos exclusivos de comercialización a los propietarios de las patentes sobre productos farmacéuticos, durante un periodo de al menos 20 años. Al restringir el derecho de los gobiernos de permitir la producción, comercialización e importación de copias de bajo costo -llamadas "genéricas"- de medicinas patentadas, las reglamentaciones de la OMC restringirán la competitividad, aumentarán los precios y reducirán aún más el ya limitado acceso de los pobres a medicinas vitales.

Aunque los efectos concretos de las nuevas normas variarán de un país a otro, el incremento medio de los precios podría situarse en torno al 200-300 por ciento para muchos países de ingreso bajo, y aún más alto para algunas medicinas clave.

No se trata de una amenaza lejana. La aplicación de unas normas más estrictas sobre patentes a los productos médicos ya está causando serios problemas, en especial en relación con el tratamiento del VIH/SIDA. **Las versiones patentadas de las terapias anti-retrovirales que se utilizan para mantener al VIH bajo control, y de otros medicamentos eficaces contra las enfermedades que le acompañan y causan infecciones oportunistas, cuestan habitualmente entre 3 y 15 veces más que sus equivalentes genéricos.** En países con un elevado número de afectados y una saturación crónica de los presupuestos de sanidad, la diferencia de precios puede suponer la exclusión de millones de personas de un tratamiento efectivo.

El problema se extiende más allá del VIH. **Los precios de versiones no patentadas (genéricos) de los antibióticos que se emplean para tratar las principales enfermedades infecciosas causa de mortalidad infantil, tales como la diarrea, son con frecuencia menos de la octava parte del precio de los productos equivalentes patentados.**

Si se mantienen las actuales reglas de la OMC, la próxima generación de medicinas que podrían usarse para combatir estas y otras enfermedades infecciosas se comercializarán en los países en desarrollo a precios que serán el reflejo de las posibilidades de monopolio que proporcionan las patentes.

En una época en que millones de vidas están en peligro por la aparición de nuevas y virulentas enfermedades, y por la creciente resistencia a las medicinas de antiguas enfermedades mortales, las normas comerciales amenazan con hacer aún menos asequibles a los pobres las medicinas básicas.

Las reglas de la OMC proporcionan limitadas salvaguardas para la salud pública, especialmente en caso de emergencias sanitarias nacionales. Pero van acompañadas de tantas condiciones que, en la práctica, los esfuerzos por aplicar estas medidas han sido

ferozmente contestados por las empresas farmacéuticas, a menudo con el apoyo de los gobiernos del Norte.

Es difícil defender que el VIH/SIDA no representa una emergencia nacional en Suráfrica (donde se prevé que va a reducir la esperanza de vida en 20 años para el año 2010), o en Tailandia (donde hay casi un millón de afectados). Sin embargo, en ambos casos los esfuerzos por suministrar medicamentos genéricos más baratos se han encontrado con recusaciones legales efectuadas por empresas extraordinariamente poderosas. En Kenia, la cuarta parte de la población adulta es VIH positiva, pero menos de un dos por ciento recibe tratamiento anti-retroviral. **Si el país pudiese importar de Tailandia fluconazol, usado para tratar la meningitis cryptococcal (una infección oportunista asociada con el VIH/SIDA), se reduciría el costo anual del tratamiento de 3.000 dólares a 104 dólares.** Sin embargo, el propietario de la patente, la empresa Pfizer, ha presionado para detener estas importaciones.

Más recientemente, el gigante farmacéutico GlaxoSmithKline (GSK), ha escrito a los importadores de productos médicos en Ghana y Uganda reafirmando sus derechos de propiedad intelectual. El “crimen” de los importadores: tratar de importar copias de su medicina patentada Combivir, un anti-retroviral para el tratamiento del VIH, a la mitad del precio del producto de marca.

No se trata de casos aislados. La aplicación de las normas sobre patentes de la OMC se está realizando con el telón de fondo de una continuada campaña llevada a cabo por la industria farmacéutica, que bien puede erosionar la protección de la salud pública que ofrecen las disposiciones sobre salvaguardas. Esta campaña industrial ha sido dirigida por el Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), uno de los *lobbies* industriales con mayor influencia política y mejor financiados del mundo. La principal causa del poder de PhRMA es su influencia sobre la Representación Comercial de Estados Unidos (USTR), que repetidamente ha respaldado sus reclamaciones con la amenaza de aplicar sanciones comerciales bajo la “Sección 301” de la legislación nacional sobre comercio.

La influencia de PhRMA es una amenaza para la credibilidad de la OMC, con implicaciones para el funcionamiento general del sistema multilateral de comercio. La utilización de la OMC para apoyar los intereses de poderosas empresas erosionará aún más la credibilidad de las instituciones mundiales, en un momento en que se necesita desesperadamente un multilateralismo efectivo para abordar los problemas de la pobreza y la desigualdad, y establecer las bases de una prosperidad compartida.

El costo de la enfermedad: porqué son importantes los precios

Poder comprar las medicinas es sólo uno de los problemas a los que tienen que hacer frente los países pobres. A ello hay que sumar otros factores como un gasto público en infraestructura sanitaria que no es ni adecuado ni equitativo, mala planificación, falta de prioridad para las actuaciones preventivas e ineficaz suministro de servicios. No obstante, el precio de los medicamentos básicos es un factor vital para la sanidad pública.

El precio de las medicinas también es una cuestión crítica en los países ricos. En Gran Bretaña y en Estados Unidos, las implicaciones presupuestarias de la escalada de precios de los medicamentos suscita una creciente preocupación política. Pero son los países más

pobres, donde los recursos presupuestarios son más limitados y la pobreza de las familias está más extendida, los que se enfrentan a una amenaza más grave a causa de la subida de los precios.

En los países más pobres, la mayor parte del gasto sanitario no sale de los presupuestos nacionales de sanidad o de sistemas de seguros, sino que sale directamente de los presupuestos de las familias. Para los pobres, el costo del tratamiento de las enfermedades es con frecuencia prohibitivo. **En Zambia, donde dos terceras partes de las familias rurales viven por debajo del umbral de la pobreza, tratar un caso de neumonía infantil les cuesta 9 dólares, una cantidad equivalente a la mitad del ingreso familiar mensual.** El alto costo del tratamiento en relación con el ingreso puede suponer que las familias pobres retrasen o que ni siquiera busquen la atención médica. También puede ocurrir que se vean obligados a desviar los recursos de otras áreas esenciales, como la alimentación y la educación.

La OMC y las medicinas: las reglas perjudican a los pobres

El acuerdo de la OMC sobre Derechos de Propiedad Intelectual en Relación con el Comercio (TRIPS en sus siglas inglesas), establece unos estándares mínimos para la protección de la propiedad intelectual, incluyendo la comercialización exclusiva de un producto patentado por al menos 20 años. Algunos gobiernos del Norte están utilizando acuerdos comerciales bilaterales y regionales para negociar protecciones incluso más estrictas para las patentes bajo los llamados acuerdos "TRIPS plus".

Las reglas de la OMC reconocen el potencial conflicto entre los intereses de la sanidad pública y el interés privado de los propietarios de las patentes. Bajo el Artículo 31 del acuerdo, los gobiernos pueden emitir *licencias obligatorias* que permiten la producción sin el consentimiento de los propietarios de las patentes, sujeta a una compensación adecuada. Otra medida posible para los gobiernos es la de la *importación paralela*, por la que los gobiernos pueden autorizar la importación de un producto patentado que está siendo comercializado en algún lugar a precios inferiores a los del mercado nacional.

Estas salvaguardas deben ser reforzadas. Es preciso clarificar y ampliar los criterios para introducir las licencias obligatorias, y para reducir la carga de la prueba que actualmente recae en los gobiernos que pretenden establecer las amenazas a la salud pública como la base para estas autorizaciones. En caso de conflicto, se debe requerir a los propietarios de la patente que prueben que no existe amenaza para la salud pública derivada de la aplicación estricta de sus privilegios de patente. Incluso con condiciones menos duras para las licencias obligatorias, para los países con limitada capacidad de producción o mercados internos pequeños será imposible obtener la medicina requerida a un precio asequible, a menos que exista un país mayor que la produzca con una autorización obligatoria, y esté en condiciones de exportársela.

El mayor problema recae en la injustificada influencia política de las empresas farmacéuticas, que subordina la política comercial a los objetivos empresariales, especialmente en los Estados Unidos. Durante el pasado año, un gran número de países en desarrollo, que no han reforzado su normativa sobre patentes en los términos dictados por PhRMA, han sido amenazados con sanciones comerciales:

- India ha sido incluida en la lista de sanciones comerciales por no incluir en la legislación nacional fuertes restricciones a las licencias obligatorias, y por permitir que las empresas de genéricos exporten copias genéricas de medicinas patentadas. Estas exportaciones son una fuente importante de medicinas básicas para los países en desarrollo de ingreso bajo.
- Estados Unidos ha amenazado con sanciones comerciales a la República Dominicana, incluyendo la retirada de las preferencias comerciales para los textiles, por no cumplir con las demandas de los miembros de PhRMA. A pesar de que su mercado local es pequeño, el país ha sido un objetivo de PhRMA, que dice que representa un mal ejemplo que pueden seguir otros.
- Se han iniciado disputas en la OMC contra Argentina y Brasil. Se acusa a ambos países de no incorporar en las legislaciones nacionales condiciones fuertemente restrictivas para otorgar licencias obligatorias.

En cada caso, el objetivo ha sido legislación nacional que autoriza la producción de equivalentes de bajo costo de medicinas patentadas, para cubrir las necesidades de salud pública. Los gobiernos europeos pueden haber sido menos públicos en sus amenazas, pero han apoyado en silenciosa connivencia la diplomacia comercial coercitiva practicada por Estados Unidos.

La influencia política de PhRMA tiene un precio. Entre 1997 y 1999, los miembros de PhRMA gastaron 236 millones de dólares en hacer *lobby* al Congreso y al ejecutivo. Otros 14 millones de dólares se destinaron a los partidos políticos, sólo en 1999. Aproximadamente, dos terceras partes de la inversión empresarial en *lobby* político en EE.UU. se dirige al Partido Republicano, lo que despierta inquietud por la influencia de las empresas sobre la nueva Administración.

Se pueden utilizar variadas formulaciones políticas y argumentaciones legales para explicar lo que está ocurriendo en nombre de la protección de la propiedad intelectual. Pero la realidad es que los intereses de las empresas se están anteponiendo a la vida de las personas.

Patentes y precios: una amenaza para la salud pública

En el pasado, la mayoría de los países en desarrollo han evitado, en interés de la salud pública, la estricta aplicación de los regímenes de patentes sobre los medicamentos. Han surgido industrias genéricas altamente sofisticadas, especializadas en el desarrollo de versiones de bajo precio de costosas medicinas patentadas para poblaciones de ingreso bajo. Países como India, Tailandia, Egipto y Brasil han tenido éxito no sólo en reducir su dependencia de las medicinas importadas, sino también en desarrollar la capacidad de exportarlas. A lo largo del África subsahariana, la mayoría de las medicinas de primera línea que se utilizan en el tratamiento de enfermedades infecciosas se importan de proveedores de genéricos. Estas medicinas están disponibles a precios que normalmente oscilan entre una quinta y una décima parte de los precios de los productos de marca patentados.

Las industrias de genéricos, al ser capaces de comercializar medicamentos a una pequeña fracción de los costos asociados con las marcas patentadas, proporcionan

una tabla de salvación para las familias de ingreso bajo. El acuerdo de la OMC sobre derechos de propiedad intelectual amenaza con hundir esa tabla de salvación.

Resulta ilustrativa la comparación de precios entre Pakistán, que tradicionalmente ha otorgado una fuerte protección a los productos patentados, e India, país que posee una de las industrias de producción de medicamentos genéricos más sólidas del mundo. El precio del ciprofloxacina, un medicamento seguro utilizado para el tratamiento de enfermedades como la diarrea hemorrágica resistente infantil, es hasta ocho veces más caro en Pakistán.

En los países en desarrollo, el incremento de los precios derivado de la ampliación de los derechos exclusivos de comercialización tendrá graves consecuencias para la salud pública. Enfermedades infecciosas que llegaron a ser relativamente fáciles de curar con simples antibióticos, son ahora cada vez más resistentes a las medicinas. Antiguas enfermedades mortales como la malaria, la tuberculosis, la diarrea hemorrágica o las infecciones respiratorias -un conjunto de enfermedades que cuestan millones de vidas cada año- son cada vez más difíciles de tratar.

Si se quiere abordar estas amenazas, es esencial mejorar el acceso a medicinas eficaces y asequibles. El peligro radica en que el empleo de la siguiente generación de medicinas necesarias para proteger la salud pública se verá restringido, bien por nuevas patentes o bien por la ampliación de antiguos derechos de patente.

Investigación y desarrollo: la realidad del mercado

Las empresas farmacéuticas y los gobiernos del Norte justifican que reforzar la protección de las patentes bajo la OMC es necesario para estimular la inversión en la búsqueda de remedios para las enfermedades infecciosas de los países en desarrollo. También mantienen que los derechos exclusivos de comercialización que proporcionan las patentes son una recompensa legítima por el alto nivel de inversión y los riesgos asociados con el desarrollo de nuevas medicinas.

Como en otros sectores, las patentes son útiles para estimular la inversión en investigación y desarrollo (I+D) farmacéutico, pero el auténtico debate está en la duración y el ámbito de la protección otorgada por la patente. Como ha argumentado *The Economist*, veinte años es un periodo excesivamente largo para mantener los derechos de monopolio. Es más, el sistema de patentes en sí mismo es objeto de un significativo mal uso. Las empresas han desarrollado una gran experiencia en prolongar la vida de las patentes mediante pequeñas modificaciones que pueden no corresponder a una genuina invención científica. Y aunque el costo de desarrollar nuevas medicinas es alto, en muchos casos parte del costo es cubierto con fondos públicos y reducciones de impuestos.

El argumento de que reforzando la protección de las patentes se estimulará la inversión a gran escala para encontrar remedio a las enfermedades de los pobres es, en el mejor de los casos, especulativo; y en el peor, engañoso. **Sólo el diez por ciento de la investigación y desarrollo (I+D) a escala mundial se dirige a las enfermedades responsables del 90 por ciento del problema sanitario mundial.** Pero las raíces del problema están en la pobreza, no en las estructuras de incentivos industriales. Dicho claramente, los países en desarrollo son demasiado pobres y sus mercados demasiado reducidos como para inducir la investigación en la escala requerida. En el mercado mundial de la salud, las indisposiciones prolongadas del mundo rico y las medicinas para enfermedades como el

colesterol alto y la obesidad proporcionan saludables beneficios; las enfermedades de los pobres no.

Si se quiere cerrar la brecha en I+D, la iniciativa tendrá que venir del sector público, mientras que el sector privado debe jugar un fuerte papel de apoyo. Por esto la comunidad internacional debe desarrollar un fondo mundial destinado a apoyar una red de centros públicos de investigación, dedicados a trabajar en las enfermedades infecciosas de los países en desarrollo. Hay evidencias de que la investigación pública puede superar las trabas del mercado para la inversión en bienes públicos, como se ha visto en el Proyecto sobre el Genoma Humano. Es más, las tecnologías que sirvieron de base a la Revolución Verde en agricultura fueron el resultado de la inversión de fundaciones privadas y gobiernos, jugando el sector privado un papel limitado.

Una reforma más allá de la filantropía empresarial

La industria farmacéutica rechaza el argumento de que para suministrar medicinas asequibles sea vital tener niveles más bajos de protección de las patentes. Mantiene que las iniciativas público-privadas, que pueden incluir acuerdos sobre “precios nivelados” (las empresas suministran medicinas a los países pobres a precios más bajos), son la respuesta apropiada.

Estas colaboraciones entre el sector público y el privado tienen un papel importante que jugar para cerrar la brecha sanitaria entre países ricos y pobres. Varias de las principales empresas farmacéuticas están apoyando iniciativas internacionales con la donación de medicinas o subvencionando su suministro, recibiendo a menudo generosos beneficios fiscales como contrapartida. Hay iniciativas que ya llevan tiempo en marcha para controlar la malaria, la tuberculosis y oncocercosis.

Las empresas farmacéuticas citan estos acuerdos como evidencia de que es compatible una estricta protección de las patentes bajo la OMC con una comercialización socialmente responsable. La realidad es más prosaica. El principal problema con estas iniciativas es que con frecuencia las medicinas se hacen accesibles en cantidades limitadas, y a precios desfavorables si se comparan con los de los productos genéricos equivalentes.

Durante el año 2000, se vieron complementadas por un acuerdo entre ONUSIDA y cinco empresas farmacéuticas (Glaxo Wellcome (GW), Merck, Hoffman-La Roche, Bristol-Myers Squibb y Boehringer Ingelheim) para mejorar el acceso al tratamiento a las personas VIH positivas en los países en desarrollo. Bajo este acuerdo, las empresas suministrarán productos anti-retrovirales a descuentos significativos como parte de un plan nacional contra el SIDA.

Sin embargo, la implementación de este acuerdo ha sido muy lenta -hasta la fecha solamente dos países se han registrado- y muchos gobiernos Africanos continúan argumentando que la suspensión de los derechos de patente en las medicinas que salvan vidas, podría ser una manera más efectiva que la reducción del precio de las mismas.

En realidad, las empresas del sector farmacéutico están ofreciendo islas de filantropía, al tiempo que promueven un sistema mundial de patentes que aumentará sus beneficios, pero que también podría conducir a millones de personas a un

sufrimiento innecesario. El propio interés comercial y la filantropía empresarial están empujando en direcciones diferentes.

Recomendaciones

La presión pública y la oposición política organizada por los gobiernos de los países en desarrollo están empezando a influir en el debate sobre la aplicación de la normativa sobre patentes a los productos farmacéuticos. El Gobierno británico, en su reciente “White Paper” sobre Globalización, anunciaba que establecería una comisión para estudiar como se podría reformar la reglamentación sobre PI para proteger mejor los intereses de los pobres. Es un paso alentador en la dirección correcta, pero la investigación y la reflexión no son sustituto de una acción significativa en las siguientes áreas:

1. Cambiar las reglas del comercio para reducir el costo de medicinas vitales

Los países en desarrollo deben mantener el derecho de producir, comercializar, importar y exportar medicinas asequibles. Los principios sobre protección de patentes establecidos en el acuerdo de la OMC no se deben utilizar de manera que inhiban este derecho. Se deben reforzar las disposiciones del acuerdo TRIPS para salvaguardar la salud pública mediante licencias obligatorias e importaciones paralelas, y limitar el espacio para las recusaciones legales por parte de los propietarios de las patentes. Los acuerdos económicos bilaterales y regionales no deben utilizarse, bajo ninguna circunstancia, para aumentar la protección de las patentes. Se debe acortar la duración de la protección de las patentes sobre productos farmacéuticos y limitar el ámbito de protección.

De acuerdo con las obligaciones internacionales relativas a los derechos humanos, se debe llegar al acuerdo de que las crisis sanitarias que afectan a muchos países pobres constituyen una emergencia nacional. En los casos de esas emergencias o de otras circunstancias extremas bajo el Artículo 31, los miembros de la OMC deben poder dejar a un lado el requerimiento de solicitar autorizaciones voluntarias. Esto permitiría a los gobiernos abordar las necesidades sanitarias locales sin tener que pasar por largas y arduas negociaciones sobre patentes.

2. Terminar con el dominio de los países ricos en las negociaciones sobre patentes

La OMC debe evitar que los países industrializados demanden altos niveles de protección de las patentes en los países en desarrollo, mediante la amenaza o el empleo de sanciones comerciales unilaterales o retos legales. La Sección 301 de la legislación estadounidense sobre comercio debe revocarse con efecto inmediato.

3. Invertir en un fondo de investigación para las enfermedades de los pobres

Dada la falta de interés comercial por investigar las enfermedades infecciosas de los países en desarrollo, se debe establecer un fondo internacional de 5.000 millones de dólares, bajo los auspicios de la OMS, para apoyar una red mundial de instituciones públicas de investigación dedicadas a desarrollar nuevas medicinas y vacunas. La clave para reducir la brecha sanitaria en el mundo está en la inversión pública y la cooperación internacional, y no en la extensión de los derechos de patente.

4. Los gigantes farmacéuticos deben reducir el costo de medicinas clave para los países en desarrollo

Las empresas farmacéuticas deben reducir el precio de medicinas clave en los países en desarrollo de manera que sean asequibles para los pobres. Los precios se deben determinar como parte de un sistema internacional y transparente de precios equitativos, desarrollado conjuntamente con la OMS, en el que las diferencias de precios estén basadas en el Índice de Desarrollo Humano y en la capacidad de pago del país. GSK, como la empresa farmacéutica más grande del mundo, debería dar el buen ejemplo en hacer disponible la medicina Malarona a los países en desarrollo a un precio no más alto que los tratamientos actuales de malaria.

5. Los gigantes farmacéuticos deben equilibrar la salud pública y sus derechos de patente en los países pobres

Las empresas farmacéuticas deben ejercer una responsabilidad social en lo que respecta a sus derechos de patente. En los países más pobres no deben solicitar la aplicación de sus derechos de patente sobre medicinas esenciales para la salud pública.

6. Evaluar el impacto sobre la salud de los pobres de unas patentes más fuertes

La próxima revisión del TRIPS debe incluir una evaluación global de sus efectos sobre la asequibilidad y disponibilidad de las medicinas en los países en desarrollo. La revisión debe estar apoyada por estudios independientes de la OMS y otras organizaciones internacionales relevantes, en consulta con los gobiernos y los grupos de interés público.

7. No utilizar las patentes para proteger la bio-piratería

Se deben enmendar las normas de la OMC para evitar la bio-piratería. Como primer paso, se debe armonizar el régimen del TRIPS con la Convención sobre Biodiversidad, requiriendo a los propietarios de las patentes que revelen el origen de los materiales biológicos, y que demuestren el consentimiento previo informado de los dueños originales del conocimiento que se ha aplicado en el desarrollo de los productos patentados.

8. Se debe establecer un fondo internacional para subvencionar la compra de medicinas y los sistemas de distribución en los países más pobres

Un fondo internacional para medicinas ofrecería apoyo a largo plazo y eliminaría la arbitrariedad y la incertidumbre que acompañan a las donaciones bilaterales de medicinas por parte de las empresas. Además podría reducir los costos al organizar ofertas internacionales para grandes compras. También se requieren fondos de ayuda para apoyar los importantísimos sistemas de distribución, que deben estar integrados de forma adecuada en los servicios nacionales de salud. Se debe cambiar la tendencia descendente de la ayuda que se destina a los servicios sanitarios de los países en desarrollo.

Introducción

Hemos entrado en el siglo XXI en medio de impresionantes avances médicos. Gracias a la tecnología informática, las nuevas técnicas de diagnóstico y quirúrgicas, y el progreso en las ciencias bio-médicas se han conseguido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mortales. El desciframiento del genoma humano abre la perspectiva a un progreso sin precedentes en el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, el avance en la salud pública es parcial. Los beneficios se concentran en una minoría de la población mundial, la que vive en los países ricos; mientras que el círculo vicioso de pobreza y enfermedad, que acaba con la vida de un gran número de personas en los países pobres, permanece intacto.

Este año morirán 11 millones de personas, principalmente en los países en desarrollo a causa de enfermedades infecciosas como la neumonía, la tuberculosis, el sarampión y la diarrea (Figuras 1 y 2). Casi la mitad de ellas serán niños y niñas que no habrán cumplido los cinco años. La gran mayoría de las víctimas serán pobres.

La ampliación de la brecha sanitaria entre países ricos y pobres es un agudo recordatorio de las desigualdades que acompañan a la globalización. El aumento de la prosperidad y el sufrimiento humano van de la mano. Los gobiernos del mundo industrializado muy raramente pierden la oportunidad de remarcar en las cumbres de alto nivel de ONU su compromiso con ambiciosos objetivos para reducir la pobreza y conseguir una "globalización con rostro humano". Pero el abismo entre la retórica y las decisiones políticas que esos gobiernos toman en la práctica es cada vez mayor, y en ningún ámbito lo es tanto como a la hora de establecer las reglas del comercio internacional.

La Organización Mundial del Comercio (OMC) y la desigualdad sanitaria

Este documento surge de la creciente preocupación de Oxfam Internacional por las implicaciones para la sanidad pública de las regulaciones sobre propiedad intelectual (PI) en el seno de la OMC. Estas normas, introducidas en la OMC por Estados Unidos, Europa y Japón, son el producto de un intenso ejercicio de *lobby* llevado a cabo por algunas de las mayores y más poderosas empresas farmacéuticas del mundo, Merck, Pfizer, Glaxo Wellcome (GW) y Smith Kline Beecham (SB). Su poder económico es inmenso. Tomadas en conjunto, las cinco mayores empresas del sector tienen una capitalización superior a las economías de México o India, y el doble del PIB de África subsahariana (Figura 3).

El poder económico se ha convertido en influencia política. Estas empresas farmacéuticas han contribuido a marcar el camino de las normas de la OMC, que aumentarán los beneficios acumulados por los propietarios de las patentes sobre medicinas: es decir, ellas mismas y sus accionistas. Las empresas transnacionales del Norte acumulan más del 90 por ciento de las patentes mundiales sobre productos farmacéuticos.

Las reglas de la OMC han reforzado enormemente los derechos exclusivos de comercialización de los inventores de nuevas medicinas. La duración de la protección de la patente se ha extendido al menos a 20 años. Durante ese periodo, los competidores potenciales tienen prohibido producir y comercializar equivalentes baratos de estos productos. Desde el año 2000, la mayoría de los países en desarrollo tienen que asegurar que sus legislaciones nacionales protegen de esta manera la PI de las empresas

farmacéuticas extranjeras, o tendrán que afrontar la perspectiva de las sanciones comerciales apoyadas por la OMC. A algunos países se les permite un mayor plazo de tiempo para adaptarse, pero todos tienen que conceder una exclusividad de comercialización provisional para las patentes presentadas después de 1995, de manera que las normas ya están en vigor en la práctica.

A pesar de la complejidad de las normas de la OMC, su resultado es relativamente claro. Aumentará el precio de las medicinas, incluyendo el de aquellas necesarias para tratar enfermedades relacionadas con la pobreza. Las industrias de medicamentos genéricos, que se especializan en el desarrollo de versiones de bajo costo de las medicinas patentadas para las poblaciones de ingreso bajo, no podrán producir ni exportar. Quedará así eliminada la principal fuente de competencia y de presión para que bajen los precios en los mercados nacionales.

El régimen de patentes de la OMC para los productos farmacéuticos no es una amenaza futura. Ya ha producido enormes daños. Durante 1998 y 1999, el Gobierno de Sudafrica se enfrentó a la constante amenaza de sanciones comerciales por parte de Estados Unidos. Su crimen: enmendar su legislación para permitir la importación de copias de medicinas anti-retrovirales patentadas, de proveedores de medicamentos genéricos. Las copias cuestan menos de la mitad que las versiones patentadas. Más recientemente, GlaxoSmithKline (GSK) ha cuestionado la legalidad de las importaciones de las medicinas genéricas contra el VIH/SIDA en Ghana y Uganda desde la India. El VIH/SIDA afecta a más de 25 millones de personas sólo en África subsahariana.

La amenaza de sanciones comerciales ha jugado un papel central en el desarrollo y aplicación del nuevo régimen de la OMC. Siguiendo quejas del Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), una institución empresarial que representa a las mayores empresas farmacéuticas del mundo, el Gobierno de EE.UU. ha amenazado con aplicar sanciones comerciales unilaterales a más de 30 países, amparándose en la disposición "Especial 301" de su legislación comercial. Países como India, Egipto y Argentina, todos ellos con fuertes industrias de genéricos, han sido algunos de los primeros objetivos. Aparte de su dudosa legalidad en términos de los principios de la OMC, el uso de la "Especial 301" ha suscitado inquietantes preguntas sobre la influencia de las empresas en la política comercial de EE.UU. y, a través de esta vía, en las reglas de la OMC.

Implicaciones futuras

La amenaza va más allá del VIH/SIDA. La próxima generación de medicamentos de primera línea que podrían tratar las principales enfermedades mortales como la malaria, la neumonía y la diarrea -que en conjunto son responsables de casi siete millones de muertes cada año-, y la tuberculosis (16 millones de casos al año), estarán patentados. No habrá versiones genéricas baratas disponibles hasta después de que expire la patente, lo que bajo las normas de la OMC será al menos 20 años después de su fecha de presentación. La experiencia sobre la diferencia de precios entre medicinas patentadas y genéricas sugiere que el efecto será enorme. En Tailandia, la competencia a través de la introducción de genéricos redujo en un factor de 14 el costo de las medicinas para el tratamiento de la meningitis. En India, las medicinas genéricas para el tratamiento de la shigelosis, la principal causa de la diarrea hemorrágica, se venden a la octava parte del precio de sus equivalentes patentados.

El aumento de precios resultante de la protección de las patentes intensificará la presión a la que se ven sometidas las familias pobres cuando tienen que afrontar la aparición de enfermedades. En una época en que millones de vidas están en peligro por la aparición de nuevas enfermedades como el VIH/SIDA, y de variedades resistentes de antiguas enfermedades mortales, las reglas internacionales del comercio están amenazando con aumentar el costo de medicinas vitales.

El principal problema con el acuerdo sobre patentes negociado en la OMC es que, en su aplicación, sitúa el beneficio empresarial por delante del bienestar humano. Los gobiernos de los países industrializados, incluyendo los de la UE, han actuado en connivencia para desarrollar una serie de reglas comerciales que amenazan con restringir aún más el acceso de los pobres a las medicinas. Esto conducirá a un aumento a gran escala de las enfermedades, el sufrimiento y las muertes prematuras. Sus actuaciones suscitan cuestiones fundamentales sobre la gobernabilidad mundial y sobre la democracia y rendición de cuentas de las organizaciones multilaterales como la OMC. Tampoco concuerdan con declaraciones, dignas de alabanza, sobre los objetivos sanitarios internacionalmente acordados.

El fracaso en reformar drásticamente las normas de la OMC sobre PI amenazará la vida de algunas de las poblaciones más vulnerables del mundo, al reforzar la letal interacción entre pobreza y enfermedad. Pero el costo de la enfermedad no termina en las familias. La expansión de las enfermedades actúa como un freno para el crecimiento económico y deniega a los niños y niñas la oportunidad de desarrollar su potencial educativo. Aunque la mayor parte de estos costos recaerán sobre las familias pobres, las consecuencias se extenderán más allá de las fronteras nacionales. Ningún país es inmune a la expansión de las enfermedades infecciosas, o a las consecuencias de la pobreza y la desigualdad generadas por la enfermedad. Es por eso que toda la comunidad internacional tiene la responsabilidad de asegurar que las reglas del comercio internacional promueven la salud pública.

Este documento está estructurado de la siguiente manera. El Capítulo 1 presta atención a la brecha sanitaria existente a escala mundial y explica por qué el precio de las medicinas es tan vital para los pobres. En el centro de la potencial amenaza de las disposiciones sobre patentes de la OMC está el hecho de que la mayor parte de los pobres paga directamente de sus bolsillos los costos sanitarios. El Capítulo 2 explica las reglas sobre patentes de la OMC, y muestra cómo la aplicación de las patentes aumenta el precio de los tratamientos de las enfermedades que afectan a los pobres. También entra en la indebida influencia de las empresas farmacéuticas sobre las políticas comerciales de los países industrializados y sobre la OMC. El Capítulo 3 revisa algunos de los argumentos más generales a favor y en contra de las patentes y de su aplicación a los productos farmacéuticos. El Capítulo 4 presenta una agenda para la reforma.

1. El costo de la enfermedad: porqué son importantes los precios

"Hoy, si no tienes dinero, tu enfermedad te llevará a la tumba".

Mujer de Ghana

"Cómo van poder permitirse los pobres las medicinas si no pueden alimentar a sus hijos. Los ricos pueden pagar tratamientos y medicinas para su salud. Para los pobres, las medicinas son un lujo inalcanzable."

Trabajador sanitario de Zambia

"Para los pobres la enfermedad supone un miedo constante. Significa que te endeudará. Para nosotros es difícil comprar las medicinas que necesitamos para tratar a nuestros hijos cuando tienen fiebre"

Campesino vietnamita

En la OMC, buena parte del debate en torno a las medicinas y las patentes ha estado dominada por abogados y economistas, muchos de ellos empleados de poderosas empresas del sector. Los términos del debate han sido muy técnicos. Las personas, de forma especial las pobres, y las preocupaciones sobre la sanidad pública han brillado por su ausencia de la agenda.

Es una omisión desafortunada, porque el contexto de la sanidad mundial en el que van a funcionar las normas de la OMC es importante. La esperanza de vida en los países en desarrollo es 13 años menor que en los desarrollados, y las tasas de mortalidad infantil diez veces mayores. En buena parte de África subsahariana, casi uno de cada cinco niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años. Aunque los indicadores sanitarios están mejorando en algunas partes del mundo en desarrollo, si continúan las tendencias actuales, el objetivo de reducir en tres cuartas partes la mortalidad infantil en 2015, no se va a alcanzar por un amplio margen, en especial en el sur de Asia y en África subsahariana.

Las enfermedades infecciosas amenazan a todos, pero los pobres están sometidos a un mayor riesgo. En los países en desarrollo, las enfermedades contagiosas son responsables de aproximadamente dos terceras partes de las muertes prematuras y de las discapacidades, en comparación con el diez por ciento de los países industrializados. Dentro de los países pobres, son las familias pobres las que tienen un mayor riesgo. La pobreza, la mala alimentación y la falta de acceso a agua limpia significan que sus miembros tienen más posibilidades de caer enfermos, y cuando enferman tienen un menor acceso al tratamiento. En India, la tuberculosis afecta a 12 millones de personas. Pero su frecuencia es cuatro veces más alta entre la quinta parte más pobre de la población que entre la quinta parte más rica. La tasa de infecciones respiratorias agudas es dos veces mayor. Y la probabilidad de que los pobres busquen atención médica es un 20 por ciento menor. Una razón para esta diferencia es que los pobres saben que no van a poder pagar el costo del tratamiento. La evidencia de los estudios sobre la pobreza en el mundo en desarrollo muestra que el alto costo de las medicinas es uno de los principales factores causantes de que las familias pobres no busquen siquiera el tratamiento o de que lo abandonen pronto.

El precio de la salud: los pobres y el costo de las medicinas

Cualquier análisis del potencial impacto de las reglas sobre PI de la OMC tiene que comenzar reconociendo un hecho simple: millones de las personas más pobres del mundo son incapaces de hacer frente al costo del tratamiento de las enfermedades infecciosas que arruinan sus vidas. La raíz de este problema está en una combinación de pobreza, inadecuada atención pública, y precios altos; lo que significa que cualquier aumento en el precio de las medicinas vitales tendrá el efecto de aumentar las filas de los ya excluidos del acceso a una adecuada atención sanitaria.

Aneurin Bevan, fundador del Servicio Nacional Británico de Salud, escribió: *"la esencia de un servicio sanitario satisfactorio es que los ricos y los pobres sean tratados de la misma manera, que la pobreza no sea un impedimento, ni la riqueza una ventaja."*

Se habría horrorizado ante las cifras que describen la situación del sistema mundial de salud. Cada año, el mundo gasta el siete por ciento de su PIB en sanidad, pero la asignación de recursos es inversamente proporcional a las necesidades (Figura 4). Los países pobres suman más del 80 por ciento de la carga mundial de enfermedades, pero sólo el diez por ciento del presupuesto en sanidad. África subsahariana, la región con la tasa más alta de mortalidad infantil y la menor esperanza de vida, suma el uno por ciento del gasto sanitario total.

La desigualdad no termina ahí. En los países ricos, la atención sanitaria está dominada por el gasto público o, como es el caso de EE.UU., por seguros privados de pago previo. En los países pobres (Figura 5), la gente paga de sus bolsillos el costo de la enfermedad -incluyendo la compra de las medicinas-. Esto refleja lo inadecuado de la inversión pública y la incapacidad de los pobres de costearse un seguro privado de salud.

Hay una paradoja en el núcleo del sistema mundial de salud y es que la financiación es inversa a las necesidades. En los países ricos, donde se da una pequeña proporción de las enfermedades mundiales, no sólo se gasta mucho más en sanidad, sino que los gobiernos asumen una mayor proporción del gasto. En Gran Bretaña, el gasto en salud es de unos 1.193 dólares por persona y año aproximadamente, y las familias pagan de su bolsillo sólo el tres por ciento de esa cantidad. En India, el gasto sanitario por persona asciende sólo a 23 dólares, pero el 84 por ciento es pagado por las familias. En los países pobres, las medicinas son normalmente el principal elemento del gasto familiar en sanidad, representando como media más de la mitad del gasto total.

De hecho, el limitado gasto público en los países pobres significa que el costo de financiar las medicinas se privatiza, siendo las familias quienes pagan la cuenta. En África subsahariana casi dos terceras partes del total del gasto farmacéutico es asumido por las familias, cifra que asciende a más del 80 por ciento en el sur de Asia (Figura 6).

El gasto en medicinas absorbe una gran parte de los presupuestos sanitarios tanto nacionales como familiares. En países como Malí, Tanzania, Vietnam y Colombia, los productos farmacéuticos suman más de un quinto del total del gasto de la sanidad pública. Sin embargo, al tratarse de presupuestos pequeños esta importante proporción se traduce en niveles irrisorios de gasto per cápita en medicinas, que oscilan desde 13-14 centavos en países como India y Malí, a 40-50 centavos en Tanzania, y 3 dólares en Colombia.

La escasez crónica de financiación no es el único problema de la sanidad pública en los países pobres. Las barreras al acceso incluyen escasas infraestructuras sanitarias, uso irracional de medicinas y distancia de las instalaciones sanitarias. Pero en cualquier caso la inadecuada inversión pública es un factor importante que contribuye a la vulnerabilidad de las familias pobres. Supone que los sistemas de salud pública proporcionan poca protección frente a los riesgos y costos económicos asociados con la enfermedad. En Tanzania, cuesta tres dólares suministrar una única dosis de *septrin*, un antibiótico de primera línea utilizado en el tratamiento de las infecciones respiratorias. En caso de resistencia, el costo aumenta a siete dólares para poder aplicar antibióticos más fuertes, lo que equivale a tres veces el gasto total per cápita de la sanidad pública. La discrepancia entre el gasto público y el costo de tratar incluso episodios de enfermedad relativamente menores ayuda a explicar la gran proporción del gasto sanitario que sale directamente de los bolsillos de las familias.

En el mundo en desarrollo, la asequibilidad del tratamiento está en función del ingreso familiar y del costo de las medicinas. Las familias más pobres son mucho más sensibles a la variación de los precios que las más ricas por la razón obvia de que un mismo costo representa una mayor proporción de sus ingresos. Para estas familias, el gasto en medicinas puede desviar los recursos de otras áreas esenciales, como la alimentación y la educación.

El tratamiento de la neumonía, una enfermedad que afecta a más de tres millones de personas cada año, sirve para ilustrar el problema. En Zambia, tratar un sólo caso de esta enfermedad cuesta 8-10 dólares, siempre que las medicinas sean accesibles. Se trata de un país en el que casi el 60% de la población sobrevive con ingresos mensuales equivalentes a menos de 18 dólares, una cantidad que corresponde a una mínima cesta de la compra. En otras palabras, familias que viven en el límite de la subsistencia tendrían que recortar su gasto en alimentación a la mitad para tratar un sólo caso.

La accesibilidad de las medicinas

En el mundo en desarrollo, uno de los principales frenos para que los pobres busquen atención médica es la incapacidad de costearse las medicinas, y este problema es clave en el vínculo que une pobreza y enfermedad. El costo del tratamiento es prohibitivo incluso en países con niveles más altos de ingreso medio. Los médicos que trabajan en áreas rurales del sur de Egipto estiman que el costo de tratar un caso de neumonía es superior al 10 por ciento del ingreso mensual de un campesino.

Otras enfermedades comunes representan igualmente una carga económica extrema para los pobres. Cada año, entre 300 y 400 millones de personas caen víctimas de la malaria, con el resultado de más de un millón de muertes. La mayor parte de estas muertes se producen entre los niños y niñas de África. El costo de tratar la malaria oscila entre 1-2 dólares -lo que cuesta una dosis de *cloroquina*, que puede ser efectiva contra las líneas no resistentes si se utiliza suficientemente pronto- hasta los cinco dólares de una dosis de quinina. Una investigación llevada a cabo por Oxfam en suburbios urbanos de la ciudad de Kampala y aldeas rurales pobres del distrito de Luwero, en Uganda, encontró que los pobres no podían pagar estas cantidades. Las consecuencias son a menudo fatales. Recogemos a continuación un extracto de un informe del Banco Mundial en el que se describe un caso de enfermedad en una familia del norte de Uganda:

"Las dificultades comenzaron en marzo, cuando su hija de cinco años, Grace, tuvo un brote serio de malaria. Debido a la falta de dinero, su primer recurso fueron las hierbas locales. Desgraciadamente, la niña no mejoró. La familia pidió dinero prestado y compró en la tienda local unas cuantas pastillas de cloroquina y aspirina. Después de una cierta mejoría, dos semanas después la niña empeoró bruscamente... Sus padres vendieron entonces algunos pollos y, con la ayuda de sus vecinos, la llevaron al hospital de Ngoro, donde fue admitida inmediatamente. Sin embargo, se pidió a la familia que pagara un dinero que no tenían. Volvieron a casa para tratar de conseguir el dinero. Fue demasiado tarde. La niña murió el ocho de mayo y fue enterrada al día siguiente."

Como en otros innumerables casos, los padres retrasaron el llevarla al centro sanitario temiendo que no podrían pagar el tratamiento. Cuando finalmente lo hicieron, no pudieron pagar la quinina -una medicina más eficaz- y en su lugar compraron *cloroquina* y aspirina como analgésico para aliviar los síntomas. Incluso entonces sólo pudieron pagar menos de la mitad de una dosis completa.

Se encuentran historias similares en todo el mundo en desarrollo. Las familias tienen que tomar decisiones angustiosas, ya que la necesidad de proteger la salud de sus miembros entra en conflicto con su incapacidad de hacer frente al tratamiento. Los pobres se enfrentan con graves dificultades para comprar las medicinas para el tratamiento de enfermedades comunes como la meningitis, las infecciones de transmisión sexual o las infecciones respiratorias. En cada caso, la incapacidad de pagar las medicinas se traduce en periodos más largos de enfermedad y en una mayor carga para las niñas y las mujeres, que son las encargadas del cuidado familiar. En algunos casos, como en el descrito, el alto precio de las medicinas tiene consecuencias trágicas y fatales. Todo ello supone además pérdidas de ingresos y de productividad para familias que ya de por sí viven en los límites de la existencia.

La capacidad limitada de los pobres de asumir los gastos asociados con la aparición de enfermedades, supone que su demanda de tratamiento es altamente sensible a las variaciones de los precios. En Burkina Faso, se encontró que al subir los precios de los tratamientos era cuatro veces más probable que los abandonara la quinta parte más pobre de la población que la quinta parte más rica. Las investigaciones realizadas en el ámbito familiar en una amplia variedad de países ponen de manifiesto que los pobres utilizan una serie de estrategias similares cuando tienen que afrontar una subida de los precios. Entre ellas:

- **Reducir el consumo.** En Haití, se ha encontrado que el gasto en medicinas deja a los pobres en la incapacidad de costear una dieta adecuada para sus hijos. La investigación en Uganda encontró que tres cuartas partes de las familias pobres de áreas urbanas reducían el gasto en comida cuando se producían enfermedades.
- **Vender sus bienes.** Estudios realizados en Kenia encontraron que más de una cuarta parte de las ventas de tierras se producen por el intento de las familias de conseguir dinero para afrontar los gastos de las enfermedades. En Vietnam, una investigación de Oxfam en áreas rurales encontró que las familias pobres vendían los búfalos para costear los gastos sanitarios. Estas ventas pueden tener graves implicaciones para su futura capacidad de obtener ingresos y ganarse su sustento.

- **Pedir préstamos.** Una investigación de Oxfam entre los habitantes de los suburbios urbanos de Manila encontró que las familias pedían préstamos a otros familiares o *in extremis* a prestamistas. En Zambia también hay datos de aumento de las peticiones a parientes y amigos. Una fuerte dependencia de redes de apoyo conlleva costos.
- **Desviar el gasto.** Una investigación realizada en Ghana cita el siguiente comentario de un campesino pobre: *"el dinero que gasté en la enfermedad de mi mujer, lo quitamos del pago de las tasas escolares de los niños"*. Los gastos sanitarios son citados con frecuencia como la razón por la que los menores abandonan la escuela, y cuando a la educación de las niñas se le da menor valor que a la de los niños, ellas tienen todas las probabilidades de ser las primeras en salir de la escuela.
- **Retrasar o reducir la atención sanitaria.** Es mucho más probable que las familias pobres retrasen la búsqueda de atención sanitaria y la compra de medicinas, o que opten por medicamentos menos eficaces pero más baratos. A menudo, el gasto sanitario dentro de la familia se raciona, con frecuencia en perjuicio de las mujeres.

Los gobiernos de los países en desarrollo podrían hacer mucho más para que las medicinas fueran asequibles para los pobres. Muchos de estos gobiernos continúan gastando bastante menos en salud pública que en otras partidas, incluyendo los gastos militares. El impacto de la inadecuada asignación general del presupuesto, se agrava por los patrones desiguales en la distribución del gasto. Demasiado a menudo servicios del nivel terciario, utilizados principalmente por los grupos de población mejor situados, absorben una parte desproporcionadamente grande del presupuesto sanitario, mientras que la atención primaria está crónicamente falta de presupuesto. Las dificultades presupuestarias se podrían paliar en gran medida mediante una actuación internacional dirigida a reducir la carga del servicio de la deuda y aumentar la ayuda.

La reforma de las reglas sobre patentes de la OMC no puede sustituir unas políticas de distribución del gasto público más equitativas y eficientes. No obstante, las decisiones que se tomen en la OMC y en los países industrializados en este terreno, tendrán un impacto directo sobre las familias pobres por sus efectos sobre el precio y la asequibilidad de las medicinas. Esos efectos deben ser considerados muy detenidamente para asegurar que las políticas comerciales no socavan los esfuerzos nacionales e internacionales dirigidos a mejorar la salud pública.

2. La OMC y las medicinas: las reglas perjudican a los pobres

"Nuestra fuerza común nos permitió establecer una red mundial entre el sector privado y los gobiernos que sentó las bases de lo que llegó a ser el acuerdo TRIPS."

Edmund Pratt, Director Ejecutivo, Pfizer

"Las nuevas medicinas son cada vez menos asequibles en los países en desarrollo, excepto para una élite privilegiada. La prohibición de las versiones locales impedirá el acceso a la mayoría de la población."

Médicos sin Fronteras

Pocas de las víctimas de las enfermedades que afectan a los pobres han oído hablar de la OMC. Menos aún han tenido la oportunidad de entrar en el debate sobre las implicaciones

de sus normas para su bienestar. No obstante, las reglas del comercio mundial tienen profundas implicaciones para los países en desarrollo, y en ningún terreno más que en el campo de las patentes y la salud pública. En la actualidad, los gobiernos de todas las regiones en desarrollo están aplicando profundos cambios para adaptar la legislación nacional a las obligaciones impuestas por la OMC. Lo están haciendo ante la amenaza de sanciones comerciales por parte del Gobierno de EE.UU., que actúa en nombre de las empresas clave, atentas para conseguir incrementos significativos en sus beneficios como resultado del nuevo régimen.

Las reglas

El acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual en Relación con el Comercio (TRIPS en sus siglas inglesas) de la OMC es un sueño hecho realidad para los abogados expertos en comercio, y una pesadilla para el público en general. Su complejidad y las posibles diferencias de interpretación hacen difícil descifrar las implicaciones para el desarrollo humano y la reducción de la pobreza. Otro problema es que el TRIPS es el área más fuertemente politizada de las negociaciones de la OMC. Su aplicación estará dirigida tanto por los poderes políticos y los *lobbies* empresariales como por los textos legales.

El marco del TRIPS abarca siete apartados y 73 artículos del acuerdo comercial adoptado en 1994, al finalizar la Ronda Uruguay de las conversaciones sobre comercio mundial. El marco establece estándares mínimos en el terreno de la protección de patentes, que se derivan de la legislación de los países industrializados. Todos los Estados miembros tienen que cumplir esos estándares, modificando cuando sea necesario sus legislaciones nacionales. En una importante desviación con respecto a convenciones anteriores, se otorga a los productos farmacéuticos derechos de PI totales. En resumen, el nuevo régimen:

- Crea un sistema mundial armonizado bajo el cual se otorga a los inventores derechos exclusivos de comercialización por un mínimo de 20 años para productos "*nuevos e inventivos*". El cumplimiento de los países con el TRIPS se garantiza mediante el procedimiento de resolución de diferencias de la OMC, que sitúa la carga de la prueba en el demandado. Los países que no cumplan con sus obligaciones pueden ser objeto de sanciones comerciales.
- En el nuevo régimen quedan completamente integrados sectores como la biotecnología y los productos farmacéuticos. Con anterioridad al TRIPS, aproximadamente 50 países en desarrollo y varios desarrollados excluían las medicinas del sistema de patentes, o sólo otorgaban patentes a los procesos de producción y no a los productos.
- El plazo para adaptar las legislaciones nacionales a las normas de la OMC es hasta el año 2000 para los países en desarrollo, y hasta 2006 para los Países Menos Adelantados (PMA). Los países en desarrollo que no tenían patentes de productos tienen hasta 2005 para hacer lo mismo. Sin embargo, todos los países están obligados a ofrecer "exclusividad de mercado" (el equivalente a la protección de patente) a las medicinas para las que se solicitaron patentes después de 1995.

El acuerdo TRIPS reconoce explícitamente algunos de los conflictos asociados con las patentes, incluyendo el potencial conflicto entre los intereses públicos y privados. El

preámbulo del acuerdo establece que los derechos de PI *"no deben ser en sí mismos barreras para el comercio legítimo"*. El Artículo 8 estipula que, en el desarrollo de leyes nacionales, los miembros *"deben (...) adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la alimentación, y para promover el interés público"*. Sin embargo, este principio queda restringido con el notable requerimiento de que las medidas sean *"consistentes con"* el acuerdo. Oxfam considera que se debe enmendar el TRIPS para incluir de forma clara que *"nada en el acuerdo debe impedir la adopción de medidas para proteger la salud pública"*.

Desde una perspectiva de política sanitaria, los gobiernos tienen dos importantes instrumentos políticos que les ayudan a equilibrar el interés público con los derechos de los propietarios de las patentes. La primera es la capacidad de obviar una patente otorgando una *autorización obligatoria* para la producción de medicinas. El TRIPS establece las condiciones relativas a como y cuando puede hacerse. El segundo, es el derecho a tomar parte en *importaciones paralelas*, lo que significa importar una medicina patentada de cualquier lugar donde se venda más barata, con independencia de los deseos del propietario de la patente. El acuerdo TRIPS no abarca las importaciones paralelas, pero las multinacionales farmacéuticas y el Gobierno de EE.UU. están presionando para que se prohíban en las legislaciones nacionales sobre patentes.

Licencias obligatorias para la producción

Los gobiernos pueden permitir la explotación de una patente sin el consentimiento de su propietario, siempre que el interés público lo justifique. Bajo el Artículo 31, se pueden otorgar licencias obligatorias a terceras partes por motivos de salud pública. La ley francesa, por ejemplo, permite explícitamente las licencias obligatorias *"si se requiere en interés de la salud pública"*, en especial cuando las medicinas *"están accesibles al público en cantidad o calidad insuficiente o a precios anormalmente altos"*. Las licencias obligatorias también se pueden conceder en respuesta a emergencias sanitarias nacionales. La legislación nacional puede proporcionar normas especiales para las licencias obligatorias otorgadas a agencias gubernamentales o contratistas, básicamente eliminando el derecho del propietario de la patente a interponer un requerimiento para evitar el uso de su patente (sujeto a una compensación adecuada). Las licencias obligatorias también se pueden otorgar para contener los precios excesivos.

En la práctica, la principal limitación de una autorización obligatoria es que para producir la medicina en cuestión un país necesita tener una industria farmacéutica razonablemente sofisticada, y ser capaz de alcanzar economías de escala para reducir los precios a niveles asequibles. La gran mayoría de los países en desarrollo no tienen ninguna de estas capacidades. La solución puede ser importar de productores de genéricos en un país mayor, pero esto es poco probable que sea económicamente viable a menos que también se haya otorgado una autorización obligatoria en el país exportador. Incluso si la tiene, el TRIPS solo permite la autorización obligatoria si es *"predominantemente"* para necesidades nacionales, de manera que el país exportador se puede encontrar con que le acusen de quebrantar las normas.

El acuerdo TRIPS está redactado de manera que limitará aún más el campo de acción del gobierno. El permiso para una autorización obligatoria sólo se puede conceder si el destinatario ha hecho esfuerzos por obtener un permiso del propietario de la patente en términos comerciales, y si éste ha sido compensado. Además, el ámbito y periodo de

duración de la autorización obligatoria deben ser limitados, y no hay criterios claros para determinar los motivos de salud pública que podrían limitar los derechos del propietario de la patente. Aunque en teoría el acuerdo TRIPS deja un espacio para combatir el monopolio de los precios mediante la legislación nacional, en la práctica esto puede ser más fácil en países como EE.UU., con una fuerte legislación anti-monopolio y con capacidad administrativa, que en los países en desarrollo. En cada una de estas áreas existe un potencial considerable para actuaciones legales de las empresas farmacéuticas, lo que puede resultar mucho más efectivo en los países que carecen de la capacidad necesaria para hacer frente a esas actuaciones. El uso o la amenaza de sanciones comerciales en apoyo de las reclamaciones de las empresas debilitará aún más la posición de los gobiernos de los países en desarrollo.

Importaciones paralelas

Cuando un producto patentado se comercializa en otro país a un precio más bajo, los gobiernos pueden permitir "*importaciones paralelas*" desde ese país para beneficiarse de la diferencia de precios, pero sólo si esta opción está contenida en sus legislaciones nacionales. Las multinacionales farmacéuticas están ejerciendo un duro *lobby* para que los países en desarrollo prohíban las importaciones paralelas. Paradójicamente para un acuerdo de la OMC, el TRIPS permite esta prohibición, que es una barrera al comercio internacional, revelando por tanto una clara inclinación hacia los intereses de las multinacionales.

La importación paralela se puede utilizar para sortear las diferencias de precios de las empresas, y es ampliamente utilizada. En el Reino Unido, las importaciones paralelas dentro de la Unión Europea suponen en torno al 12 por ciento de todas las prescripciones, lo que refleja el alto precio que cargan las empresas farmacéuticas en Gran Bretaña, en comparación con otros países europeos. Las importaciones paralelas son casi una quinta parte de las ventas de productos de Glaxo Wellcome (GW) en el Reino Unido.

Pero desde una perspectiva de salud pública las importaciones paralelas tienen serias limitaciones como mecanismo de salvaguarda. Una es la falta de información sobre los precios de mercado de los productos farmacéuticos. Otra, que las empresas farmacéuticas pueden buscar establecer precios uniformes a escala mundial al nivel más alto posible. A menos que los gobiernos mantengan el derecho a importar productos genéricos equivalentes, la protección contra el monopolio de los precios resultará con toda probabilidad débil.

Trabajo previo y protección de datos

Con el fin de asegurar que el suministro de genéricos de bajo costo puede entrar en circulación de forma inmediata una vez que expira la patente, el TRIPS permite a los gobiernos incluir en la legislación nacional el derecho de las compañías de genéricos a desarrollar, probar y registrar (aunque no almacenar) productos antes de que finalice la patente. Es lo que se conoce como "trabajo previo". Los países en desarrollo se han visto sometidos a presión por parte de EE.UU. para que en sus legislaciones sobre patentes no permitan el trabajo previo. El Gobierno de EE.UU. y las empresas multinacionales también demandan protección para los datos sobre las pruebas y efectividad de las nuevas medicinas que la empresa remite a las autoridades reguladoras, una medida que conducirá a una mayor restricción de la legítima competencia de los genéricos. Las multinacionales

farmacéuticas mantienen que la protección de datos que persiguen es un mandato del TRIPS, aunque esta interpretación es rebatida por los productores de genéricos.

Control de precios

Los gobiernos mantienen el derecho de establecer controles de precios, siempre que no discriminen entre proveedores locales y extranjeros. Sin embargo, las empresas farmacéuticas están oponiendo una resistencia feroz a la legislación sobre control de precios tanto en el mundo en desarrollo como en el desarrollado. Lamentablemente, el acuerdo TRIPS, al dejar las licencias obligatorias como un difícil y último recurso, debilita la posición de negociación de los gobiernos de los países en desarrollo cuando tratan con las empresas. Sin el peligro de una autorización obligatoria, es menos probable que una empresa llegue a un acuerdo sobre precios más bajos.

Implicaciones para los países en desarrollo

Como se indica más arriba, bajo las nuevas normas, los gobiernos ya no podrán permitir a las empresas locales producir, comercializar y exportar versiones de bajo costo de las medicinas patentadas. Esto tiene implicaciones importantes a dos niveles. Primero, los países que han desarrollado una sólida industria de genéricos (especializada en producir copias) pueden ver reducido su auto-abastecimiento en productos farmacéuticos, junto con el hecho de tener que afrontar mayores precios. Segundo, las naciones pobres que carecen de una fuerte industria de genéricos no podrán importar de estos proveedores.

Una de las industrias más sólidas de genéricos se encuentra en India. Antes de 1970, el país dependía casi por entero de la importación de medicinas. Hoy, más del 70 por ciento de su consumo de productos farmacéuticos se produce localmente. India tiene unas 250 empresas farmacéuticas grandes y 16.000 pequeños productores. Los precios del mercado local son mucho más bajos que los internacionales para productos equivalentes. Es más, India tiene una de las tasas de inflación más bajas en los precios de los medicamentos. Algunas empresas líderes del país como Cipla y Ranbaxy son también importantes exportadoras. Esta transición se ha conseguido en parte como resultado de una ley sobre patentes de 1970, bajo la cual se permitía a las empresas locales copiar medicinas patentadas, siempre que encontraran un nuevo proceso. Sin embargo, las normas de la OMC obligan a India a aplicar totalmente el nuevo régimen sobre PI en 2005, y ya ha reformado su legislación para otorgar interinamente derechos exclusivos de comercialización a las patentes.

Egipto también ha progresado de forma rápida hacia el auto-abastecimiento de productos farmacéuticos. Hoy, más del 90 por ciento de su consumo de medicamentos se produce localmente. Las exportaciones también han crecido rápidamente. Al igual que en India, los precios locales de las medicinas son mucho más baratos que los de productos equivalentes importados -un quinto como media- debido en parte a un estricto control de precios. Egipto también consiguió estos resultados con una ley flexible sobre PI, bajo la cual las patentes expiran a los diez años, la mitad del periodo previsto por el régimen de la OMC. Ahora se está reformando esta ley para dar cumplimiento a las normas de la OMC.

Otros países como Brasil, Argentina y Tailandia también han desarrollado fuertes industrias locales de medicamentos bajo regímenes de patentes que han dado mayor prioridad a mejorar el acceso a las medicinas esenciales, que a proteger los derechos de

monopolio. En cada caso, se han emprendido importantes reformas legales para adaptar la legislación nacional a las normas de la OMC, a menudo bajo fuertes coacciones. Estados Unidos en particular ha utilizado con firmeza las amenazas de imponer sanciones comerciales para garantizar con ello el cumplimiento del régimen del acuerdo TRIPS. En enero de 2001, el Gobierno de EE.UU. pidió que un panel de resolución de diferencias de la OMC decidiera sobre aspectos de la nueva legislación sobre patentes de Brasil. Es la primera vez que se ha presentado una queja formal alegando el incumplimiento por parte de un país en desarrollo del TRIPS, y es una clara declaración de Washington de que los desacuerdos se van a tratar en la OMC.

Excesiva influencia empresarial

Los textos de la OMC sobre PI son cuidadosamente analizados por legiones de abogados que representan los intereses de las empresas y de los gobiernos. Se estudian con detalle sus implicaciones económicas con la ayuda de sofisticados modelos desarrollados por los economistas. Pero la aplicación de las normas dependerá tanto del poder político como de la letra de la ley. El problema para los países pobres es que las preocupaciones sobre la salud pública se dejan a un lado por la influencia de las empresas farmacéuticas sobre las políticas y las prácticas comerciales de los países industrializados.

La introducción de los derechos de PI en la agenda de la OMC fue uno de los objetivos centrales de la política comercial de EE.UU. durante las discusiones sobre comercio mundial de la Ronda Uruguay. Los representantes de las empresas farmacéuticas ocuparon posiciones clave en un comité presidencial asesor creado específicamente para desarrollar la política comercial de los EE.UU. Incluso antes de que el acuerdo comercial fuera firmado, la oficina del Representante Comercial de EE.UU. (USTR) utilizó las amenazas de imponer sanciones comerciales, para demandar una protección más estricta de los intereses empresariales de EE.UU. en los países en desarrollo. En 1998, se adoptó la disposición "Especial 301", que garantiza a la USTR el derecho a imponer sanciones a los países cuya legislación sobre patentes sea débil. Fue utilizada rápidamente contra Brasil.

La "Especial 301" continúa sirviendo como arma arrojada a las empresas. Charlene Barshefsky, que era el USTR, la describe como *"una de las armas más potentes en nuestro arsenal comercial"*. Ha sido utilizada para forzar el cumplimiento de las reglas de la OMC, y en algunos casos para ir incluso más allá de las mismas. La fuerza que empuja la utilización de la "Especial 301" para aplicar la protección de la PI a las medicinas es la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). En su Junta se sientan representantes de gigantes empresariales: Pfizer, GW, Novartis, Johnson and Johnson, Aventis, Merck y Bayer. Su presidente, Alan Holmer, también era un USTR.

Los miembros de PhRMA jugaron un papel clave a la hora de persuadir a la Administración Clinton de que amenazara con sanciones comerciales a Suráfrica, cuando el gobierno de este país autorizó la importación paralela de medicamentos genéricos anti-VIH/SIDA más baratos. También lo hicieron para que los EE.UU. protegieran los derechos exclusivos de Pfizer para comercializar el fluconazol en Tailandia, donde el gobierno estaba pensando introducir una autorización obligatoria. Más recientemente, la República Dominicana ha tenido que afrontar la amenaza de sanciones comerciales por parte de EE.UU., a raíz de las quejas de miembros de PhRMA. Se ha identificado como objetivo la pujante industria textil del país, que da empleo a más de 200.000 personas, por su extrema dependencia del mercado norteamericano.

Más en general, PhRMA ha mantenido una sofisticada campaña de *lobby* en contra de países que veía como una especial amenaza, destacando India, Egipto, Argentina y Brasil. Uno de los puntos en común de estos países es que tienen sólidas industrias de genéricos que no sólo proporcionan competencia de bajo costo en los mercados nacionales, sino que también exportan medicinas genéricas de bajo costo a terceros países.

En enero de 2000, PhRMA presentó demandas ante la USTR reclamando la no conformidad con las normas mundiales sobre patentes, de manera general y sistemática, en estos cuatro países. Identificaron como un problema importante la utilización del control de precios y de las licencias obligatorias para permitir la producción genérica de medicinas de marca, especialmente en la India. Cuatro meses después, la USTR situó a Brasil y Argentina en la Lista de Observación Prioritaria de la "Especial 301", en la práctica una lista de candidatos para sanciones comerciales unilaterales. La revisión anual de la "Especial 301" también advirtió que se podrían emprender futuras acciones contra otros países, incluyendo Israel, Egipto y República Dominicana.

El número de países que están amenazados bajo la "Especial 301" con sanciones comerciales, que son en sí mismas una violación de principios básicos de la OMC, es motivo suficiente de preocupación. Pero es que además el propio objetivo de estas amenazas infringe importantes principios de salvaguarda que los países en desarrollo buscaron establecer en el acuerdo TRIPS. Se han seleccionado los países en función de que supongan una amenaza estratégica, bien por el tamaño de su mercado nacional (como Brasil), o porque una industria concreta de genéricos ha desarrollado una importante capacidad de exportación para proveer de medicinas de bajo costo a mercados de terceros países (por ejemplo, India), o por ser un país pequeño que se ha mantenido insensible a amenazas prolongadas (como la República Dominicana).

- India ha sido un claro y continuado objetivo de PhRMA, que percibe la industria de genéricos de este país como una importante amenaza para los intereses de sus miembros. Sostiene que las pérdidas en el mercado indio exceden los 100 millones de dólares, a lo que hay que añadir las pérdidas originadas porque las empresas de genéricos "exportan sus productos de forma agresiva a terceros países". India es una de las principales fuentes de medicinas baratas para África y otros países de ingreso bajo. Se ha advertido al Gobierno indio que si continúa permitiendo las copias genéricas de medicinas patentadas y rehusa aceptar criterios más restrictivos para conceder licencias obligatorias, se enfrenta a sanciones comerciales. Entre las medicinas concretas para las que PhRMA quiere una protección más estricta de sus patentes, se encuentra el ciprofloxacina, una de las medicinas anti-infecciosas más ampliamente utilizadas en el país. Esto ocurre a pesar de que India se está valiendo del periodo de transición que permiten las normas de la OMC (hasta 2005), y de que actualmente no hay un fundamento serio para iniciar un proceso de resolución de diferencias bajo los auspicios de la OMC. A pesar de esto, una evaluación realizada por PhRMA en enero de 2001, concluía que "*PhRMA urge a la USTR a iniciar un procedimiento de resolución de diferencias en la OMC en contra del Gobierno de India*".
- En la República Dominicana, a raíz de las quejas de PhRMA, la USTR ha amenazado con retirar las preferencias comerciales. Estas incluyen los acuerdos para textiles y tabaco del Sistema Generalizado de Preferencias (SPG). Está en disputa una ley

nacional sobre propiedad industrial que permite licencias obligatorias e importaciones paralelas de medicinas baratas. El texto de la queja de PhRMA contra la República Dominicana resulta instructivo, ya que proporciona una visión de la estrategia global que consiste en atacar los que se perciben como objetivos estratégicos. *“La situación en la República Dominicana supone una amenaza para los regímenes en los estados vecinos, (y) está siendo utilizada por organizaciones activistas como un precedente potencial para debilitar la estructura del acuerdo TRIPS”*.

- Argentina es desde hace tiempo uno de los principales objetivos de PhRMA, que describe al país como *“el peor expropiador de las empresas farmacéuticas de EE.UU. en el hemisferio”*, y como un mal ejemplo. Siguiendo una petición de PhRMA, en mayo de 2000 se inició en la OMC un procedimiento de resolución de diferencias en contra de Argentina. El objetivo de la acción es restringir el recurso a las licencias obligatorias, restringir la definición de emergencias sanitarias nacionales y restringir el acceso de los productores locales de genéricos a los datos de las pruebas clínicas sobre productos patentados (retrasando así la introducción de la competencia de los genéricos). PhRMA sostiene que las pérdidas en Argentina superan los 50 millones de dólares anuales. Brasil fue también incluido en este procedimiento alegando violaciones del TRIPS en las disposiciones sobre licencias obligatorias de su ley sobre patentes. Brasil es visto como una importante prioridad estratégica por ser el mayor mercado de América Latina.
- Con respecto a Vietnam, PhRMA ha requerido la actuación bajo la “Especial 301” para contrarrestar lo que describe como *“una acusada tendencia hacia el proteccionismo en favor de productos farmacéuticos producidos localmente”*. Su blanco son disposiciones clave del nuevo Código Civil de Vietnam, que permite la concesión de una autorización obligatoria si el gobierno lo considera necesario para el tratamiento o la prevención de enfermedades. PhRMA quiere que se retire esta disposición, y la USTR ha amenazado con aplicar sanciones comerciales si no se toma ninguna medida.
- Con respecto a Tailandia, la USTR ha amenazado con sanciones comerciales a menos que el gobierno debilite las leyes que permiten las licencias obligatorias e importaciones paralelas, y retire las políticas para la obtención de medicinas que favorecen a la industria local. Estas sanciones son la continuación de una petición de PhRMA en la que dice que Tailandia está *“actualmente bajo una severa presión de organizaciones no gubernamentales”* para que conceda licencias obligatorias para los productos farmacéuticos. PhRMA también ha atacado el empleo de importaciones paralelas para conseguir acceso a copias de bajo costo de medicinas catalogadas como *“esenciales”* por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sostiene que sus miembros están perdiendo ventas del orden de 30 millones de dólares al año, como resultado de la violación de la patente.

No deja de ser razonable que los intereses empresariales traten de influir en las políticas comerciales sobre PI. Lo preocupante en este caso es la dimensión de esa influencia, y la ausencia de un poder que la contrarreste. PhRMA está utilizando como blanco de forma sistemática las propias disposiciones de salvaguarda que se negociaron para proteger la salud pública. El hecho de que pueda hacerlo refleja su formidable poder económico y los estrechos vínculos entre gobierno e industria. Entre 1997 y 1999, los miembros de PhRMA gastaron 236 millones de dólares para hacer *lobby* sobre el Congreso y el ejecutivo. Otros

14 millones de dólares fueron aportados a los partidos políticos, sólo en 1999. Aproximadamente dos terceras partes de la inversión empresarial en *lobby* político en EE.UU. se dirigen hacia el Partido Republicano.

La recompensa política a las inversiones en *lobby* ha sido considerable. Muchas de las apelaciones y peticiones de sanciones comerciales realizadas por la industria farmacéutica han encontrado una respuesta favorable en la USTR, resultando una presión extrema sobre los gobiernos de los países en desarrollo. En 1997, el Gobierno de Suráfrica adoptó una ley que pretendía establecer un lugar en el mercado para medicinas asequibles utilizando las dos disposiciones básicas de salvaguarda que permite el acuerdo de la OMC: las licencias obligatorias y las importaciones paralelas. El objetivo era reducir el costo del tratamiento del VIH/SIDA entre un 50 y un 90 por ciento. Con más de cuatro millones de afectados y la perspectiva de que la esperanza de vida se reduzca en 20 años para 2010, es difícil argumentar que la acción del gobierno no se fundamentaba en motivos de salud pública. Aún así, fue objeto de una recusación legal por parte de una serie de empresas farmacéuticas que producen anti-retrovirales. El caso tiene que ser visto por el Tribunal Constitucional de Pretoria en marzo de 2001.

Los acontecimientos han seguido el mismo curso en todas partes. Independientemente del texto de las normas de la OMC, las empresas farmacéuticas han presionado a favor de políticas muy restrictivas en el uso de las licencias obligatorias; y sus demandas han sido apoyadas invariablemente por la USTR.

Extender las salvaguardas para la salud pública

Los productos farmacéuticos no se puede considerar como bienes en la misma manera en que lo son los coches, los aparatos de televisión o los componentes eléctricos. Están en juego intereses de salud pública vitales. Es por ello que las salvaguardas para la salud pública deben verse como una parte integral del acuerdo TRIPS.

Los propios países en desarrollo deben asegurarse de que su legislación nacional hace completo uso del espacio, si bien limitado, que proporcionan las salvaguardas existentes. Eso significa establecer en su legislación criterios claros para otorgar licencias obligatorias fundamentadas en la salud pública. Más en general, los países en desarrollo tienen que asegurarse de que disponen de la experiencia y las instituciones necesarias para defender la salud pública de sus ciudadanos cuando surjan conflictos en el seno de la OMC. Esto significa invertir más recursos en desarrollar esa capacidad y, especialmente en los países más pobres, apoyar los esfuerzos nacionales mediante ayuda internacional.

Por último, se debe reformar el régimen de la OMC para proporcionar un marco más efectivo de protección de los intereses de la salud pública. Se debe limitar la carga de la prueba sobre los gobiernos que pretenden introducir licencias obligatorias, recayendo precisamente en los propietarios de las patentes la responsabilidad de probar que la salud pública no está en riesgo. Como se ha dicho anteriormente, hay también motivos suficientes para limitar tanto la duración como el ámbito de protección proporcionado por la OMC.

3. Patentes y precios: una amenaza para la salud pública

"Los derechos de patente son cada vez más amplios y complicados, y los ganadores en el sistema de la propiedad mundial serán aquellos con recursos para jugar la partida. Es muy difícil ver cómo los países más pobres del mundo puedan estar entre ellos: esta batalla es fundamental y conlleva auténticos riesgos para el futuro."

Philippa Saunders, Proyecto sobre Medicinas Esenciales. Reino Unido

"Las empresas farmacéuticas han instigado una campaña bien financiada y bien organizada para bloquear la entrada de los genéricos en el mercado...Y esto no es bueno para la competencia."

Henry Menn, Industria Farmacéutica de Genéricos de EE.UU.

El acuerdo de la OMC firmado en 1994 representó un paso decisivo hacia un sistema mundial de comercio. Los Estados miembros de la OMC tienen ahora que acatar las reglas de varios acuerdos multilaterales, incluyendo uno sobre TRIPS.

El acuerdo TRIPS tendrá un impacto sobre las familias pobres y los presupuestos nacionales para sanidad por su efecto sobre los precios. Las normas requieren que todos los países aseguren la exclusividad de mercado para todos los productos cuyas patentes se presentaran después de 1995. Al ser ilegal producir copias genéricas de bajo costo durante al menos 20 años desde la fecha de solicitud, desaparecerá la principal fuente de presión para que bajen los precios.

El impacto total del nuevo régimen no se sentirá de manera inmediata. Aunque las normas sobre patentes ya están teniendo implicaciones adversas sobre la asequibilidad de algunas medicinas vitales, como las que se utilizan para combatir el VIH/SIDA, el acuerdo TRIPS tiene menor relevancia para los medicamentos existentes que para las nuevas medicinas en curso. Estas medicinas incluyen productos para el tratamiento de formas resistentes de malaria, tuberculosis, neumonía, gonorrea, meningitis y sigela.

Algunos países industrializados dicen que la cuestión de las patentes no es crucial para la salud pública en los países en desarrollo ya que "sólo" el cinco por ciento de las medicinas incluidas en la Lista de Medicinas Esenciales de la OMS están patentadas. Sin embargo, el precio es uno de los criterios para la inclusión en la lista, lo que ayuda a los países en desarrollo a decidir a qué medicinas deben dar prioridad cuando se enfrentan a severas restricciones de recursos. Esto deja fuera a una serie de productos vitales pero caros, como las medicinas anti-VIH/SIDA. Con la expansión de la resistencia a las medicinas y la aparición de nuevos medicamentos, aumentará el número de productos esenciales patentados. Y como ha dicho un funcionario de comercio de un país en desarrollo, "cuando la vida de la gente está en juego, un cinco por ciento es demasiado". Algunos gobiernos del Tercer Mundo plantean que las medicinas que están en la lista de la OMS o en listas nacionales similares deben quedar exentas de patente en los países en desarrollo.

Los costos del monopolio empresarial

Es complicado evaluar los efectos potenciales de las patentes farmacéuticas sobre los precios por una serie de razones. La falta de uniformidad en la política de precios de las empresas en diferentes mercados, hace difícil comparar los precios de las medicinas patentadas y de los equivalentes genéricos. Las legislaciones nacionales y los términos en

los que se aplique el acuerdo de la OMC, también tendrán un peso importante en los precios resultantes. A pesar de ello, hay serias evidencias de que las nuevas normas sobre patentes llevarán a un aumento significativo de los precios, al restringir la competencia de los productores de genéricos.

Los precios que resulten variarán inevitablemente en los distintos mercados. En líneas generales, cuanto más competitivo sea el mercado farmacéutico local antes de la transición a un régimen reforzado de patentes, mayor será la probabilidad de que tenga un efecto sobre los precios. Países como India, Brasil, Argentina, Egipto y China (cuando se sume a la OMC) pueden esperar aumentos muy importantes de los precios. De igual manera, los países en los que las legislaciones anteriores permitían las importaciones de estas fuentes experimentarán importantes subidas. En los países que ya ofrecen una estricta protección a las patentes -incluyendo la mayoría de los de la OCDE- los efectos sobre los precios serán mucho más limitados.

Hay pocas estimaciones fiables de las diferencias en los precios de las medicinas que resultan de la introducción de patentes. Sin embargo, una simulación llevada a cabo para el mercado de India apunta a un incremento medio de aproximadamente el 250 por ciento. Otros estudios señalan aumentos más modestos.

La experiencia pasada puede servir para aportar una idea del orden de magnitud del posible cambio de precios. A mediados de los 80, Bayer introdujo en India la medicina anti-infecciosa patentada, ciprofloxacina. En siete años fue producida y comercializada por 48 empresas locales a una fracción de los precios iniciales de importación. De igual modo, cuando GW comercializó una versión de zantac, una medicina para el tratamiento de las úlceras gástricas, fue desarrollada rápidamente por varios competidores que fueron capaces de copiarla. Las marcas patentadas de los dos medicamentos se vendieron en EE.UU. y en Europa, dependiendo del mercado, a un precio entre 15 y 50 veces superior al de la versión genérica en India.

La repercusión de los conflictos relacionados con las medicinas anti-VIH ha resaltado la ventaja en los precios de que disfrutaban los productores de genéricos. Por ejemplo, el fluconazol, que está siendo utilizado para el tratamiento de VIH pacientes que han contraído meningitis, es comercializado por empresas de genéricos a 0,29 dólares en Tailandia y a 0,64 en India. En comparación, el precio de mercado de la medicina de marca en Kenia es de 10,50 dólares, en Guatemala de 27 dólares y (hasta hace poco) de 8,25 dólares en Suráfrica. En Tailandia, Pfizer disfrutó de derechos exclusivos de comercialización del medicamento hasta que le fueron retirados en 1999. Entonces, al entrar en el mercado los competidores locales de genéricos, el precio cayó en un periodo de nueve meses a poco más del tres por ciento de su nivel anterior.

La Figura 7 ilustra la diferencia de precios entre productos genéricos y no genéricos para anti-retrovirales utilizados en Suráfrica. En el caso de la zidovudina (AZT), que se emplea para prevenir la transmisión de madre a hijo, los precios actuales de genéricos en Brasil son menos de la mitad que los precios patentados en Suráfrica. Diferencias de este nivel tienen serias implicaciones para la atención sanitaria. En Brasil, el gobierno invocó las disposiciones sobre "emergencia nacional" en su ley sobre patentes para comenzar a producir copias de bajo costo de anti-retrovirales como el AZT. Hoy, una proporción significativa de las 580.000 personas infectadas en el país con el VIH tiene acceso al tratamiento, y 60.000 lo reciben gratuitamente. En Brasil, el costo anual de la terapia triple

se estima en unos 4.000 dólares, mientras que en EE.UU. supera los 15.000 dólares. En el caso de Brasil, financiar niveles similares de cobertura importando medicinas patentadas habría costado el equivalente al presupuesto nacional total para medicamentos.

Estos amplios diferenciales en los precios entre productos patentados y genéricos no son sólo una característica de los medicamentos contra el VIH/SIDA. La comparación de precios entre India y Pakistán, donde la legislación sobre patentes ha restringido el desarrollo de una industria de medicamentos genéricos, es instructiva en este sentido. La Figura 8 compara los precios de cuatro medicinas patentadas comercializadas en Pakistán, con los precios de sus equivalentes genéricos en India. Como se ve, las diferencias de precios varían entre 3 y 14 veces a favor de la línea de genéricos. Para poblaciones de ingreso bajo, estas variaciones pueden marcar la diferencia entre poder costearse medicinas vitales o no.

La competencia de los genéricos puede ejercer un fuerte efecto deflacionista sobre los precios de los productos patentados. En Perú, por ejemplo, Bayer vende la medicina Nifedipin a un precio 32 veces superior que en India, donde tiene que hacer frente a una dura competencia local. Erosionar esa competencia reforzando la protección de las patentes aumentará el campo de acción para que se generen márgenes excesivos de beneficios, con los consiguientes riesgos para la salud pública. La evidencia procedente de China es instructiva. Sugiere que la falta de control sobre los precios de las medicinas protegidas ha hecho que estos se incrementen en todas las farmacias de Pekín y Shanghai en un factor de tres a cuatro, desde la introducción de derechos exclusivos de comercialización en 1993.

Cualquier incremento de precios como resultado de unas normas sobre patentes más estrictas tendrá implicaciones importantes para los gastos familiares y para los presupuestos de la sanidad pública. Es casi imposible elaborar una estimación creíble de estos costos globales, en parte porque habrá amplias variaciones asociadas con las diferentes legislaciones nacionales, y en parte porque es difícil predecir las respuestas de la inversión y el suministro. A menudo, las estimaciones reflejan los cálculos de la industria con relación a las pérdidas resultantes de una débil protección de las patentes. Si de algo sirven, sugieren motivos para preocuparse seriamente. Los cálculos realizados por PhRMA cifran esas pérdidas en más de 1.500 millones de dólares sólo en Argentina, Brasil e India. Otra estimación sitúa el beneficio total para la industria farmacéutica de reforzar el sistema de protección de las patentes en más de 3.000 millones de dólares. Los beneficios para los intereses empresariales de EE.UU. implican una significativa pérdida de divisas para los países en desarrollo; y generan unas fuertes presiones sobre sus presupuestos, al intentar los gobiernos absorber estructuras de mayor costo en su presupuesto nacional para medicamentos.

Una de las razones por las que es difícil comparar los precios entre los productos genéricos y los de marca, es la falta de transparencia y de consistencia en las políticas de precios de las empresas. Fijar los precios de los productos farmacéuticos es más un arte que una ciencia. Las empresas cargan a las medicinas precios diferentes en distintos países según, entre otros factores, las estimaciones de lo que el mercado podrá soportar. El principio es relativamente simple: las empresas cargan todo lo que pueden; las personas y los gobiernos pagan lo que se pueden permitir.

Esta conclusión se ha visto confirmada en una reciente comparación de los precios internacionales de las medicinas patentadas que se utilizan en el tratamiento de los estados asociados con el VIH/SIDA, que ha sido realizada por ONUSIDA-UNICEF-OMS. Los precios de la zidovudina variaban en un factor de dos, los del fluconazol en un factor de tres, y los del ciprofloxacina en un factor de 45. Estas variaciones se dan tanto entre los países industrializados como entre los países en desarrollo. Por ejemplo, los precios en Gran Bretaña son dos o tres veces más altos que en España.

Las variaciones de precios entre países en desarrollo y desarrollados son especialmente acusadas, aunque no en el sentido de precios menores para los países de ingresos más bajos como cabría esperar. Por ejemplo, GW comercializa la lamivudina en África a precios un 20 por ciento más altos, como media, que en los países industrializados. Los precios de las versiones de marca del producto son más altos en Mozambique -donde más de la mitad de la población vive por debajo del umbral de la pobreza y un 14 por ciento de sus habitantes tiene el virus VIH- que en EE.UU. También hay variaciones muy grandes de precios entre Mozambique (810 dólares) y Malawi (530 dólares), lo que sugiere una discrepancia significativa entre la estrategia de precios de las empresas y las necesidades de la salud pública. En la India hay equivalentes genéricos a precios (unos 118 dólares) mucho más bajos que el precio de la marca comercial en África.

Estas variaciones de precios son importantes. Apuntan al efecto perjudicial del poder de monopolio, unido a la falta de políticas de precios socialmente responsables. El problema se agrava por la limitada disponibilidad de datos comparativos de los precios. Las empresas no publican los precios que marcan en los distintos mercados, alegando normalmente motivos comerciales. Por esto, en mayo de 2000, Brasil y Zimbabwe propusieron que la OMS ponga en marcha una base de datos internacional con los precios de las medicinas. Una base de datos de este tipo podría poner de manifiesto importantes discrepancias en los precios de medicinas vitales para la salud pública, permitiendo a los gobiernos tomar decisiones informadas sobre la justificación de utilizar las importaciones paralelas y las licencias obligatorias. Sin embargo, EE.UU. y las principales empresas farmacéuticas se han resistido con fuerza a esta propuesta.

Nuevas amenazas: implicaciones para el tratamiento de enfermedades resistentes a las medicinas

La mayor parte de las medicinas que entrarán en circulación al tiempo que se aplican las nuevas normas de la OMC se han desarrollado con la idea de patentarlas y comercializarlas en países ricos. Esto ha creado una injustificada complacencia en cuanto a las implicaciones del acuerdo TRIPS para los países en desarrollo. En realidad, muchas de las nuevas medicinas antibacterianas que se están desarrollando ahora podrían beneficiar enormemente a los países más pobres, siempre que se lancen al mercado en unos términos accesibles. Esto es especialmente cierto en lo que respecta al tratamiento de las variedades resistentes a los medicamentos.

La resistencia a los medicamentos conlleva una enorme amenaza para las comunidades pobres en el mundo en desarrollo. Significa que la enfermedad es menos susceptible al tratamiento, y que los costos de éste aumentan, en algunos casos de forma drástica. El peligro es que, ante la falta de competencia de productores de genéricos, las nuevas medicinas se encuentren muy lejos del alcance de los pobres.

- **Neumonía (3,5 millones de muertes anuales).** La medicación de primera línea que antes resultaba efectiva para combatir la neumonía y otras infecciones del tracto respiratorio, ahora falla en el tratamiento de más del 70 por ciento de las infecciones torácicas, según un estudio de la OMS. En la actualidad los ensayos de varias medicinas potencialmente efectivas contra formas resistentes de neumonía se encuentran en estado avanzado. Estas medicinas, que serán patentadas, incluyen el faropenem (Bayer) y el levaquine (RW Johnson). Una de las más prometedoras en este área es el Ketek, el primero de una nueva generación de antibióticos que están mostrando una alta efectividad contra la neumonía y la gripe. Se espera que Aventis lance la versión patentada en 2001. Las restricciones en el desarrollo de versiones genéricas la situarán fuera del alcance de la mayor parte de los afectados en los países pobres.
- **Diarrea (2,2 millones de muertes anuales).** La *Sigela* es un microbio altamente virulento responsable de la mitad de los casos de diarrea hemorrágica infantil. Es directamente responsable de unas 375.000 muertes infantiles. Antes, muchas muertes ocasionadas por la diarrea se podían controlar fácilmente con medicinas genéricas baratas como el co-trimoxazol o la ampicilina. Sin embargo, la resistencia a estos medicamentos es ahora muy común (por ejemplo, en Tanzania, en más de las tres cuartas partes de los casos). El ciprofloxacina es uno de los más efectivos. Bayer comercializa la versión patentada en Pakistán y en Suráfrica (donde se ha solicitado la patente) a precios 8 y 12 veces más altos respectivamente que las versiones genéricas en India. Las restricciones en el acceso al ciprofloxacina genérico, resultantes de unas normas sobre patentes más estrictas tendrían graves consecuencias para la salud pública. En la actualidad se están realizando ensayos con varias medicinas relevantes para el tratamiento de la diarrea.
- **Malaria (1,1 millones de muertes anuales).** La resistencia al tratamiento de primera línea más barato, la cloroquinina, se ha extendido en más de 70 países, en los que la enfermedad es una causa importante de muerte, y la resistencia al sulfadoxina/pyrimetamina está creciendo. La Malarona de GSK ha mostrado una efectividad del 98% en el tratamiento de la malaria resistente. Sin embargo, es demasiado cara para la mayoría de los pacientes. Al estar patentada, no está permitida la competencia de los productores de genéricos.
- **Gonorrea (62 millones de nuevos casos anuales).** El desarrollo de resistencia de la gonorrea a los anti-microbianos ha sido descrito por la OMS como *"uno de los principales desastres sanitarios del siglo XX"*. Ha convertido la gonorrea en una fuerza de transmisión de la epidemia del VIH/SIDA. Se consigue un tratamiento efectivo con el ciprofloxacina (patentado por Bayer) y el ceftriaxona (patentado por Roche). Sin embargo, los costos son relativamente elevados. Como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual, las mujeres son especialmente susceptibles; al tiempo que la gonorrea sin tratar aumenta enormemente el riesgo de infección del VIH/SIDA, la infertilidad y los abortos.

Hay más ejemplos de los costos potenciales que pueden venir asociados con las patentes. Las medicinas que se están probando para el tratamiento de la hepatitis (como el Entecavir, producido por Bristol Myers Squibb) y la meningitis vírica, junto con otras medicinas anti-infecciosas y vacunas, ofrecen potenciales beneficios para los países en desarrollo, aunque se hayan desarrollado con miras al mercado de EE.UU. Pero estos beneficios se perderán si

los precios en los países en desarrollo reflejan la aplicación de una estricta protección de las patentes.

La propia industria farmacéutica reconoce que el hecho de que las medicinas no sean asequibles supone un serio problema para la salud pública en países en desarrollo con poblaciones pobres. Su respuesta ha sido desarrollar, en colaboración con Naciones Unidas y gobiernos del Norte, una serie de iniciativas dirigidas a aumentar el suministro de medicinas y reducir sus costos. En la actualidad hay un amplio abanico de iniciativas internacionales de este tipo. Bajo el paraguas de la iniciativa para el "Acceso Acelerado al Cuidado, Apoyo y Tratamiento del VIH", cinco empresas (GW, Merck, Bristol-Myers Squibb, Hoffman-La Roche y Boehringer Ingelheim) han acordado proporcionar medicinas anti-VIH/SIDA a un 15-20 por ciento de los precios predominantes en Estados Unidos. La Alianza Mundial por la Vacunación e Inmunización -establecida con una donación de 750 millones de dólares de la Fundación Gates- que es administrada por UNICEF y la OMS y cuenta con el apoyo de la industria. Va dirigida a los 30 millones de niños y niñas que nacen cada año sin recibir una inmunización completa. El mismo tipo de colaboraciones están detrás de la Iniciativa Contra la Malaria de la OMS y de un esfuerzo paralelo para acabar con la tuberculosis. Las empresas farmacéuticas han jugado un papel importante en el suministro de medicinas, bien en términos de fuertes subvenciones o bien como donaciones. Se han producido importantes avances. Por ejemplo, Merck se ha comprometido a suministrar medicinas gratuitas para el tratamiento de oncocercosis hasta que la enfermedad sea eliminada.

Cada una de estas iniciativas ha jugado un papel importante en favor de los intereses de la salud pública. Aún así, este enfoque tiene problemas importantes. Aunque la iniciativa para el "Acceso Acelerado" puede proporcionar un descuento significativo en el precio, sigue siendo insuficiente para facilitar el acceso a la escala que se requiere. En el caso de "Eliminar la Malaria", la medicina Malarona podría ser el catalizador de un gran avance, ya que su efectividad es del 98% incluso para las líneas más virulentas. Sin embargo, es cara: una dosis de tratamiento cuesta aproximadamente 42 dólares. A favor de GW está que en 1996 prometió donar un millón de dosis anuales, pero esta cantidad queda muy lejos de la necesaria para una enfermedad que afecta a 300 millones de personas anualmente. Las donaciones reales se cuentan en cientos y no en millones de dosis, en parte debido a la tentativa del programa de asegurar que la Malarona sea usada solamente en aquellos casos resistentes a otros tratamientos. Más en general, la filantropía empresarial no es a menudo tan buena como parece. Con frecuencia hay restricciones en las cantidades de medicinas que se suministran, e incluso cuando se reducen los precios, permanecen a veces por encima de los de los productos genéricos.

Es más, los beneficios de las colaboraciones público-privadas están siendo erosionados por las reglas del TRIPS, que antepone el beneficio comercial al desarrollo humano. El caso del VIH/SIDA es instructivo. Aunque las empresas están ofreciendo medicinas subvencionadas, en el sentido de que hay un descuento significativo en comparación con los precios de mercado en EE.UU., la iniciativa para el "Acceso Acelerado" no incluye a los productores genéricos, a pesar de que podrían haber ofrecido las medicinas a tasas concesionarias más bajas de las que se ofrecen para los productos de marca. El Gobierno de Kenia ha criticado públicamente a las empresas farmacéuticas por donar medicinas con una mano, al tiempo que con la otra impiden que el país pueda producir variantes de menor costo. En Zambia, el precio del AZT donado, que cuenta con financiación de agencias de ONU y de donantes, es mayor que el de los productos genéricos de India y Tailandia. Esto

sugiere que se están restringiendo los beneficios de un gasto hecho con fondos públicos, incluyendo el número de pacientes tratados. En otras palabras, los beneficios asociados con las asociaciones para la salud pública-privada están siendo erosionados en buena medida por el mal uso empresarial del poder de monopolio.

4. Una reforma más allá de la filantropía empresarial

"Debilitar los derechos de propiedad intelectual servirá... para reducir los incentivos a la investigación en las nuevas medicinas del futuro, incluyendo la innovación en temas olvidados."

Informe Anual de Glaxo Wellcome, 2000

"Se que el acuerdo TRIPS será un desastre en India. No estamos en contra de las patentes, pero sí en contra de los monopolios. En un país con una población de 1.000 millones de personas no podemos afrontar monopolios."

Dr. Y.K. Hamied. CIPLA, India

"Si... las empresas farmacéuticas... actúan realmente en serio, deberían dejar de lado sus derechos de patente y permitir que los países en desarrollo produzcan las medicinas por ellos mismos, bajo su supervisión. Kenia ya tiene la capacidad de producir la mayor parte de estas medicinas. Son las cinco grandes las que nos están parando."

Dr. Mohammed Abdullah, Consejo para el Control del SIDA en Kenia

El fortalecimiento de los derechos de PI por la OMC ha suscitado cuestiones de desarrollo más amplias. En una economía global cada vez más basada en el conocimiento, el acceso a las nuevas tecnologías es vital. Sin embargo, las reglas sobre PI amenazan con aumentar el costo de las transferencias de tecnología, ampliando otra de las brechas que separan a países ricos y pobres: la brecha en el conocimiento. En el caso específico de los productos farmacéuticos, amenazan con privar a los pobres del acceso a productos vitales para su bienestar. El problema es que las disposiciones sobre PI han ido más allá de su función de proporcionar una recompensa razonable a los inventores, para crear a largo plazo monopolios más fuertes en los países en desarrollo.

Las patentes son esencialmente un contrato entre la sociedad y los inventores, redactado y aplicado por los gobiernos, para estimular la innovación. La lógica es simple. Si los creadores de conocimiento no obtienen una recompensa por sus invenciones, porque pueden ser copiados libremente por otros, no invertirán para generar nuevas ideas que podrían beneficiar a la sociedad. Las patentes proporcionan una recompensa en la forma de derechos exclusivos de comercialización. En palabras de Abraham Lincoln, añaden *"el combustible del interés al fuego de las ideas"*. Pero los derechos de PI pueden a veces reducir el acceso a productos que son esenciales para el bien público, incluyendo medicinas vitales.

Por clara que pueda ser la idea, la historia de las patentes ha estado acompañada por la controversia. En la Europa del siglo XVII fueron utilizadas por las monarquías absolutistas para recompensar a los favoritos de la corona y crear monopolios privados con un gran costo para la sociedad. Más en general, aunque el principio de los derechos exclusivos de comercialización es ampliamente aceptado, el acuerdo es menor cuando se trata de la duración y el ámbito de protección de la patente.

Los argumentos sobre la duración y el ámbito de aplicación han ocupado un lugar destacado en el debate sobre patentes de los productos farmacéuticos. Las empresas del sector señalan el alto costo que supone desarrollar nuevas medicinas como justificación para una fuerte protección de la patente. También argumentan que esta protección es vital para estimular la I+D necesaria para combatir las enfermedades relacionadas con la pobreza en los países en desarrollo (ver la cita anterior de GW).

No hay duda de que las patentes son altamente rentables y de que tienen un alcance importante sobre el valor de las acciones de las empresas farmacéuticas. Pero los argumentos para ampliar la protección de las patentes y proporcionar una aplicación más estricta por medio de la OMC son en el mejor de los casos débiles; y en el peor, engañosos.

Tomando el caso de la financiación en I+D, lo que importa no es el hecho de que sea caro desarrollar las medicinas, sino la tasa de retorno de la inversión -y la industria farmacéutica ya obtenía uno de los márgenes de beneficios más altos del mundo empresarial con anterioridad al nuevo régimen TRIPS. GW, por ejemplo, consiguió un beneficio de explotación del 31 por ciento en 1999. El beneficio de explotación de la industria en su conjunto se sitúa normalmente en el rango del 20-23 por ciento, lo que sugiere que los "débiles" regímenes de patentes en los países en desarrollo no han tenido, hasta la fecha, un efecto adverso sobre la rentabilidad. El hecho de que las empresas farmacéuticas gasten normalmente más del doble en comercialización que en I+D suscita cuestiones sobre cuanto del beneficio derivado de las patentes se destina realmente a investigación socialmente beneficiosa. La industria también tiende a quitar importancia a la existencia de financiación pública para el desarrollo de productos patentados por la industria. Los que pagamos los impuestos y las instituciones financiadas con dinero público jugamos a menudo un papel crucial en el descubrimiento de las nuevas invenciones, mientras que la industria farmacéutica obtiene la patente -y cosecha la recompensa económica- que se deriva del descubrimiento. Estas instituciones se muestran ahora más reticentes a ceder de manera incondicional sus investigaciones. En diciembre de 2000 se hizo público un conflicto entre el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. y Bristol-Myers Squibb. El Instituto demanda 9,1 millones de dólares en *royalties* por las ventas en el exterior de la didanosina, utilizada en el tratamiento del VIH/SIDA.

Otro problema, fuente constante de quejas por parte de la industria de genéricos, es que las empresas farmacéuticas utilizan de forma creativa el sistema de patentes para extender monopolios y aumentar beneficios. En 1999 SmithKline Beecham (SB) se aseguró una nueva patente para el Augmentine, una medicina con veinte años de antigüedad que le proporciona sus mejores ventas, modificando la versión pediátrica. Aunque la forma antigua será accesible y sin patente, es probable que la extensa comercialización inducirá a los médicos a recetar la nueva medicina cuando entre en el mercado. Otros casos llamativos han sido Eli Lilly buscando ampliaciones a su patente del Prozac (un anti-depresivo con ventas que exceden los 2.000 millones de dólares anuales); y la actuación de la Comisión Federal de Comercio de EE.UU. contra Aventis por pagar a los productores de genéricos para que no fabricaran rivales de bajo costo de sus medicinas de marca. Un gran número de las medicinas que han sido cualificadas para una extensión en la protección de la patente, no han sido objeto de innovaciones importantes con respecto a sus ingredientes activos.

No es difícil entender por qué las empresas farmacéuticas tratan de prolongar el periodo de protección de sus patentes. Cuando un juzgado de EE.UU. decidió, en agosto de 2.000, otorgar a Eli Lilly dos años menos de extensión de su patente sobre el Prozac de lo que la empresa había solicitado, el valor de sus acciones cayó casi un tercio, barriendo 38.000 millones de dólares de su capitalización en el mercado. La finalización de las patentes, y la perspectiva de la competencia de versiones genéricas vendidas a una fracción del precio de la marca comercial, conlleva problemas obvios para las empresas, precisamente porque el valor de las acciones está cada vez más determinado por la duración de la patente de sus medicinas clave. En efecto, los mercados están recompensando los monopolios. Pero los costos del monopolio de los precios los pagan las familias y los presupuestos de la sanidad pública. Por esto la extensión de las patentes es motivo de serias preocupaciones para los responsables de la sanidad pública en el mundo industrializado, donde la espiral de los precios de las medicinas es causa de una creciente presión sobre los presupuestos. En los países en desarrollo, con presupuestos mucho más limitados, las consecuencias pueden ser devastadoras.

Hay otros factores que debilitan los argumentos económicos a favor de reforzar la protección de las patentes. Los periodos largos de patente pueden tener el efecto de restringir la innovación, e incrementar los beneficios de monopolio de los propietarios de las patentes. Mientras estos beneficios pueden generar ganancias para algunos, implican costos para otros. Las reclamaciones de propiedad intelectual se concentran en muy pocos países. Los países industrializados acaparan más del 97 por ciento de las patentes en el mundo, y en torno a la mitad de los pagos por *royalties* por las patentes se dirigen hacia EE.UU. Esto tiene una relevancia obvia en los mercados de medicamentos, en los que hay un fuerte interés público en la competencia para que bajen los precios. También hay importantes cuestiones de equidad en juego. Se estima que alrededor de la cuarta parte de los compuestos utilizados para producir medicinas patentadas proceden de plantas de países en desarrollo, muchas de las cuales han sido empleadas con fines médicos durante generaciones. Aún así, los pagos de *royalties* asociados con estos compuestos corresponden a empresas del Norte.

Cerrar la brecha en I+D

¿Qué hay de la pretensión de que aumentar la protección de las patentes ayudará a cerrar la brecha sanitaria, al generar incentivos para el descubrimiento de curas para las enfermedades relacionadas con la pobreza? Si fuera cierto, apoyaría el argumento a favor las patentes. Desgraciadamente no lo es. La razón de que se dirija tan poca inversión hacia los países pobres es económica: la pobreza restringe el tamaño de los mercados, y limita el potencial de que se generen beneficios. África subsahariana puede concentrar más del 40 por ciento de las enfermedades mundiales, y sus habitantes se enfrentan a un mayor riesgo de muerte prematura que los de cualquier otra región. Aún así suma sólo el 0,1 por ciento del gasto en I+D de las principales empresas farmacéuticas.

De los 60.000 millones de dólares que se gastan cada año en I+D sobre productos farmacéuticos, menos del 10 por ciento se dirige hacia las enfermedades de los pobres. De las 1.233 medicinas nuevas que entraron en el mercado entre 1975 y 1997, sólo 13 se aprobaron específicamente para el tratamiento de enfermedades tropicales (incluyendo varias medicinas desarrolladas por las Fuerzas Armadas estadounidenses para tratar a los soldados que prestan servicio en áreas tropicales, y otras desarrolladas para la medicina veterinaria).

Más del 95 por ciento de los casos de VIH/SIDA se dan en el mundo en desarrollo, pero la investigación se concentra en los países ricos, donde los gobiernos están respondiendo a la epidemia con tratamientos muy caros que están muy lejos del alcance de los países más pobres. En cuanto a las vacunas, la investigación sufre una carencia crónica de financiación y además se dirige en gran medida hacia las enfermedades que preocupan a las poblaciones de los países ricos. Muchos expertos en salud consideran que muy probablemente se podrían desarrollar vacunas para la tuberculosis, que afecta a más de dos millones de personas cada año, y para la malaria. Aún así, se investiga poco en este campo. No hay en curso nuevas medicinas o vacunas que sean relevantes para enfermedades contagiosas relacionadas con la pobreza.

La razón de esta discrepancia entre el gasto en I+D y la distribución mundial de las medicinas es relativamente clara. Al igual que otros inversores privados, las grandes empresas farmacéuticas dirigen su investigación hacia los mercados con probabilidad de generar los mayores beneficios. El problema en los países en desarrollo es que la rentabilidad potencial que se pueda derivar de la investigación, queda restringida por la media baja de ingresos y la extensión de la pobreza. Las medicinas más rentables son aquellas destinadas al tratamiento de los males crónicos y de larga duración del mundo rico, tales como los niveles altos de colesterol, las depresiones o las úlceras.

En los balances de las principales empresas farmacéuticas, los países pobres apenas se registran como una fuente de beneficios. Esto explica porqué una parte tan pequeña del presupuesto de investigación dirigido a encontrar una vacuna para el VIH/SIDA se dirige a las variantes del virus que predominan en los países pobres. También explica el irrisorio nivel de financiación que se destina a la tuberculosis, la malaria y la enfermedad del sueño. Este panorama no va a cambiar porque se refuerzan las patentes.

Tampoco va a crear incentivos para I+D en los países en desarrollo, otra pretensión ampliamente aireada. La gran mayoría de los países en desarrollo carecen de la capacidad de entrar a cualquier escala en el mercado de I+D. Hay sesenta países en desarrollo que no tienen ningún tipo de industria farmacéutica. Otros 87 tan sólo elaboran el producto final con ingredientes importados. Sólo cinco tienen capacidad de innovación, y ninguno de ellos tiene una investigación significativa sobre nuevas moléculas. Por ejemplo, el total de la industria de genéricos en India gasta tan sólo 50 millones de dólares anuales en investigación, lo que representa una décima parte de lo que según la industria farmacéutica cuesta poner una sola medicina en el mercado. Para situar en contexto el esfuerzo de investigación en este país, basta compararlo con los 4.000 millones de dólares que gastan cada una de las dos mayores empresas farmacéuticas del mundo -GSK y Pfizer- en investigación. En la competencia mundial para captar los beneficios derivados del régimen de patentes de la OMC, la balanza está claramente inclinada a favor de los países ricos y los poderosos grupos empresariales.

Lo que se requiere es una iniciativa internacional de envergadura encaminada a financiar la I+D necesaria para mejorar la salud de los pobres, sin tener la mirada puesta en los márgenes de beneficios empresariales. Una iniciativa de este tipo debe ser liderada por los gobiernos, mientras que las fundaciones y la industria deben jugar un papel de apoyo, aunque fuerte. La pretensión de que el vacío existente sólo lo puede llenar el sector privado es errónea. La Revolución Verde en agricultura fue el resultado de la investigación realizada por institutos públicos de países en desarrollo, con el apoyo de gobiernos del

Norte y fundaciones privadas. La investigación estableció vínculos entre institutos financiados públicamente -como el Instituto Internacional sobre Investigación del Arroz, en Filipinas- y ayudó a dirigir los avances en el conocimiento hacia el aumento de la productividad agrícola y la mejora de la seguridad alimentaria.**Error! Reference source not found.**

Más recientemente, el Proyecto sobre el Genoma Humano (PGH) -un esfuerzo de colaboración que ha implicado a institutos de investigación públicos y privados en EE.UU., Gran Bretaña, Francia, Alemania y Japón, y a fundaciones como Wellcome Trust- ha conseguido enormes avances en la comprensión del ADN. El PGH, una gran iniciativa internacional con la participación de cinco grandes centros y laboratorios en el mundo, tiene una poderosa resonancia en el terreno de las patentes farmacéuticas. Uno de sus principios centrales es que el resultado de esta investigación pasa al dominio público, permitiendo a los investigadores de todo el mundo mejorar la comprensión colectiva del genoma. Lo que se requiere, a una mayor escala, es un esfuerzo de investigación similar para abordar los problemas de salud que afrontan los pobres del mundo, con iniciativas lideradas por los gobiernos para dirigir la investigación hacia los grandes vacíos que deja la I+D orientada al mercado. Inevitablemente, los gobiernos del Norte tendrán que llevar el liderazgo en la movilización de recursos, aunque todos los gobiernos tienen un papel que jugar para generar financiación y para desarrollar capacidad de investigación a escala nacional y regional.

Recomendaciones

Los beneficios potenciales de una cooperación internacional para el control de las enfermedades infecciosas son enormes. Para las comunidades pobres, que en la actualidad cargan con la mayor parte de las enfermedades mundiales, los beneficios son evidentes. Aparte de reducir el sufrimiento, una condición previa para alcanzar una forma de vida más sostenible y una mayor prosperidad, es mejorar la salud. Pero los beneficios se extienden más allá de las propias familias. Reducir las muertes evitables, mejorar la perspectiva de supervivencia infantil y la calidad de vida de los pobres es un imperativo moral para todo el mundo. También es una cuestión de intereses compartidos. Las enfermedades infecciosas no respetan las fronteras nacionales, y ninguno de nosotros es inmune a las consecuencias de la pobreza asociada a la expansión de las enfermedades.

La reforma de las reglas mundiales para el comercio de productos farmacéuticos es importante por una simple razón: son injustas. Basadas en las leyes de los países ricos, muchos de los cuales rehusaron aprobarlas hasta que alcanzaron un nivel alto de desarrollo económico, son totalmente inadecuadas para los países pobres. La aplicación rígida de normas sobre patentes más estrictas amenaza con situar medicinas vitales fuera del alcance de millones de personas. La influencia de los intereses empresariales privados en el diseño y aplicación de las normas de la OMC suscita otras cuestiones. Proyecta una sombra sobre un sistema multilateral que está afrontando una profunda crisis de legitimidad, debido en parte a su fracaso a la hora de abordar los grandes desafíos que se derivan de la pobreza y la desigualdad en el mundo. Anteponer el poder empresarial y los propios intereses nacionales cortos de miras, a una cuestión de interés público como es la reducción de la brecha sanitaria a escala internacional, sólo puede profundizar aún más esa crisis.

La necesidad de una reforma es clara. Cada semana mueren más de doscientas mil personas a causa de enfermedades infecciosas, muchas de ellas porque no pueden

permitirse medicinas básicas. Las normas mundiales de comercio, tal y como están establecidas, aumentarán el precio de las medicinas. Lo harán al impedir que los países desarrollen medicinas de bajo costo accesibles para las poblaciones de ingreso bajo. En resumen, las reglas están situando el beneficio empresarial por encima de las necesidades humanas.

La presión pública y la oposición política organizada por los gobiernos de los países en desarrollo están empezando a influir en el debate sobre la aplicación de la normativa sobre patentes a los productos farmacéuticos. El Gobierno británico, en su reciente “White Paper” sobre Globalización, anunciaba que establecería una comisión para estudiar como se podría reformar la reglamentación sobre PI para proteger mejor los intereses de los pobres. Es un paso alentador en la dirección correcta, pero la investigación y la reflexión no son sustituto de una acción significativa en las siguientes áreas:

1. Cambiar las reglas del comercio para reducir el costo de medicinas vitales

Los países en desarrollo deben mantener el derecho de producir, comercializar, importar y exportar medicinas asequibles. Los principios sobre protección de patentes establecidos en el acuerdo de la OMC no se deben utilizar de manera que inhiban este derecho. Se deben reforzar las disposiciones del acuerdo TRIPS para salvaguardar la salud pública mediante licencias obligatorias e importaciones paralelas, y limitar el espacio para las recusaciones legales por parte de los propietarios de las patentes. Los acuerdos económicos bilaterales y regionales no deben utilizarse, bajo ninguna circunstancia, para aumentar la protección de las patentes. Se debe acortar la duración de la protección de las patentes sobre productos farmacéuticos y limitar el ámbito de protección.

De acuerdo con las obligaciones internacionales relativas a los derechos humanos, se debe llegar al acuerdo de que las crisis sanitarias que afectan a muchos países pobres constituyen una emergencia nacional. En los casos de esas emergencias o de otras circunstancias extremas bajo el Artículo 31, los miembros de la OMC deben poder dejar a un lado el requerimiento de solicitar autorizaciones voluntarias. Esto permitiría a los gobiernos abordar las necesidades sanitarias locales sin tener que pasar por largas y arduas negociaciones sobre patentes.

2. Terminar con el dominio de los países ricos en las negociaciones sobre patentes

La OMC debe evitar que los países industrializados demanden altos niveles de protección de las patentes en los países en desarrollo, mediante la amenaza o el empleo de sanciones comerciales unilaterales o retos legales. La Sección 301 de la legislación estadounidense sobre comercio debe revocarse con efecto inmediato.

3. Invertir en un fondo de investigación para las enfermedades de los pobres

Dada la falta de interés comercial por investigar las enfermedades infecciosas de los países en desarrollo, se debe establecer un fondo internacional de 5.000 millones de dólares, bajo los auspicios de la OMS, para apoyar una red mundial de instituciones públicas de investigación dedicadas a desarrollar nuevas medicinas y vacunas. La clave para reducir la brecha sanitaria en el mundo está en la inversión pública y la cooperación internacional, y no en la extensión de los derechos de patente.

4. Los gigantes farmacéuticos deben reducir el costo de medicinas clave para los países en desarrollo

Las empresas farmacéuticas deben reducir el precio de medicinas clave en los países en desarrollo de manera que sean asequibles para los pobres. Los precios se deben determinar como parte de un sistema internacional y transparente de precios equitativos, desarrollado conjuntamente con la OMS, en el que las diferencias de precios estén basadas en el Índice de Desarrollo Humano y en la capacidad de pago del país. GSK, como la empresa farmacéutica mas grande del mundo, debería dar el buen ejemplo en hacer disponible la medicina Malarona a los países en desarrollo a un precio no más alto que los tratamientos actuales de malaria.

5. Los gigantes farmacéuticos deben equilibrar la salud pública y sus derechos de patente en los países pobres

Las empresas farmacéuticas deben ejercer una responsabilidad social en lo que respecta a sus derechos de patente. En los países más pobres no deben solicitar la aplicación de sus derechos de patente sobre medicinas esenciales para la salud pública.

6. Evaluar el impacto sobre la salud de los pobres de unas patentes más fuertes

La próxima revisión del TRIPS debe incluir una evaluación global de sus efectos sobre la asequibilidad y disponibilidad de las medicinas en los países en desarrollo. La revisión debe estar apoyada por estudios independientes de la OMS y otras organizaciones internacionales relevantes, en consulta con los gobiernos y los grupos de interés público.

7. No utilizar las patentes para proteger la bio-piratería

Se deben enmendar las normas de la OMC para evitar la bio-piratería. Como primer paso, se debe armonizar el régimen del TRIPS con la Convención sobre Biodiversidad, requiriendo a los propietarios de las patentes que revelen el origen de los materiales biológicos, y que demuestren el consentimiento previo informado de los dueños originales del conocimiento que se ha aplicado en el desarrollo de los productos patentados.

8. Se debe establecer un fondo internacional para subvencionar la compra de medicinas y los sistemas de distribución en los países más pobres

Un fondo internacional para medicinas ofrecería apoyo a largo plazo y eliminaría la arbitrariedad y la incertidumbre que acompañan a las donaciones bilaterales de medicinas por parte de las empresas. Además podría reducir los costos al organizar ofertas internacionales para grandes compras. También se requieren fondos de ayuda para apoyar los importantísimos sistemas de distribución, que deben estar integrados de forma adecuada en los servicios nacionales de salud. Se debe cambiar la tendencia descendente de la ayuda que se destina a los servicios sanitarios de los países en desarrollo.

Lectura Adicional

Para tener una idea general sobre los derechos de propiedad intelectual ver Maskus, Keith (2000), *Intellectual Property Rights in the Global Economy*, Washington, Institute for International Economics; *The Economist* (2000), Who owns the knowledge economy? Abril 81-4 2000: 95-95. Londres.

En el perfil de salud de los países pobres y la distribución global de las enfermedades ver: G. Watkin, Davidson and Guillot, Michel (2000). *The Burden of Disease among the Global Poor*, Human Development Network, Banco Mundial, Washington; Organización Mundial de la Salud, *El Informe Mundial de la Salud 1999*, Ginebra. Ver también OMS (2000), *Overcoming Antimicrobial Resistance: Report on Infectious Diseases*, Ginebra.

Mientras el precio de la medicina es solamente uno de los factores que influyen en el acceso al cuidado de la salud, es fundamental. En los problemas que enfrentan las personas pobres en cumplir con los costos de salud y sus varias estrategias de solución ver: Russell, Steven (1996), *Ability to pay for health care: concepts and evidence*, *Health Policy and Planning* 11/3:219-237, Oxford University Press, Oxford; Gilson, Lucy (1988), *Government Health Care Charges: Is Equity being Abandoned?* Evaluation and Planning Centre for Health, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres; Chamber, Robert (1982), *Health, agriculture and rural poverty: why seasons matter?* *Journal of Development Studies* 18:217-238, Sage, Londres.

En el tema de pagos por medicinas hechas por las familias en países en desarrollo ver Filmer, Deon, Hammer, Jeffrey y Pritchett Lant (1997), *Health Policy in Poor Countries: Weighing the Chain*, Banco Mundial, Washington, 1997.

Referente al acceso a medicinas esenciales ver Scholtz, Michel (1999), *International Trade and Public Health*, mimeo, trabajo presentado en la conferencia de la OMS sobre Acceso Creciente a las Medicinas Esenciales, OMS, Amsterdam, 1999. Ver también, Reich, Michel (2000), *The Global Drugs Gap*, *Science* 287: 1979-1981.

El precio de las medicinas tiene implicaciones importantes en los presupuesto de salud pública y en la capacidad de los gobiernos de mejorar el acceso al tratamiento. Sobre esto ver OMS, *Health Reform and Drugs Financing: Selected Topics*, Action Programme on Essential Drugs, OMS, Ginebra.

Existen problemas metodológicos serios al considerar las implicaciones en los de las medicinas provenientes del fortalecimiento de los sistemas de patente. Sin embargo, hay un número de estudios que ven este asunto, ya sea usando el modelo económico o comparando precios de medicinas patentada con medicinas genéricas. Los siguientes son entre otros los más importantes. Ver Watal, Jayashree (2000), *Access to Essential Medicines in Developing Countries: Does the WTO TRIPS Agreement hinder It?* Science, Technology and Innovation Discussion Paper 8, Centre for International Development, Harvard University, Cambridge (MA); Lanjouw, Jean (1998), *The Introduction of Pharmaceutical Product patents in India: Heartless Exploitation of the Poor and Suffering?* National Bureau of Economic Research, Cambridge (MA); El-Shinnawy, Azza (1999), *The Impact of Strengthening Intellectual Property Protection in ... On the Pharmaceutical Industry: a Preliminary Assessment*, mimeo, Development

Studies Institute, London School of Economics, Londres. Bala, Kand Sagoo, K (1999), Patents and Prices, mimeo, Health Action International and Consumers International, Amsterdam.

Medicos Sin Fronteras (MSF) monitorea las diferencias en precios entre las medicinas patentadas contra- VHI/SIDA y versiones genericas contra el mismo. Ver MSF (2000). Access to Essential Medicines, MSF, Londres (disponibles en <http://msf.org/advocacy>). Para un analisis reciente de diferenciales de precios para las medicinas VHI/SIDA ver ONUSIDA/UNICEF/OMS (2000). Essential drugs used in the care of people living with HIV: sources and prices, ONUSIDA, Ginebra. Tambien ver el website de Health Action International (<http://www.haiweb.org>).

Para una buena descripcion del acuerdo de los Derechos de Propiedad Intelectual de Comercio (TRIPS) de la OMC y la oportunidad para la proteccion ver Organizacion Mundial de la Salud (1997), Globalisation and Access to Drugs: Perspectives on the WTO/TRIPs Agreement, Health Economics and Drugs DAP Series 7, Ginebra. Sobre las implicaciones de TRIPS para la salud publica ver South Centre (2000). Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries, South Centre, Ginebra. Para una evaluacion critica ver Correa, Carlos (1997), Intellectual Property Right: the WTO and Developing Countries, Zed Books, Londres. Third World Economics (1999), Trying Times Ahead in TRIPS, Implementation, 16-30 September, 1999, Malasia.

En las actividades de la Investigacion Farmaceutica y los Fabricantes de America, incluyendo su cabildeo en favor de las sanciones de comercio contra los paises en desarrollo, el website de PhRMA provee una fuente de informacion (<http://www.phrma.org>). En el rol de la Oficina de los Representates de Comercio de Estados Unidos en amenazar las sanciones sobre disputas de patente ver el Special 301 Report en en <http://www.ustro.org/301>.

**Para participar en la Campana de Oxfam "Cortar el Costo":
Llamar al 01865 312610 o www.oxfam.org.uk/cutthecost**

© OXFAM GB FEBRERO 2001

First published by Oxfam GB in February 2001.
Published by Oxfam GB under ISBN 978-1-84814-142-1 in October 2010.