

Fondo para el impacto sobre la salud: mejores innovaciones farmacéuticas a precios más bajos

Thomas Pogge*

Universidad de Yale
thomaspogge@yale.edu

Trad. Mauricio García Echeverri

Instituto de Filosofía
Universidad de Antioquia
magarcaeche@hotmail.com

1. Introducción

La pobreza que sufre más de la mitad de la población del mundo pone en serios peligros su salud y su supervivencia. Los pobres del mundo enfrentan muchos más peligros ambientales que el resto de nosotros: desde agua contaminada, suciedad, polución, hasta gusanos e insectos. Debido al tráfico, crimen, enfermedades transmisibles y las crueldades de los más afortunados, ellos también están expuestos a muchos otros peligros causados por la gente que está a su alrededor. Frente a tales peligros los pobres carecen además de los medios para protegerse a sí mismos o a sus familias; protección que se puede lograr por medio de agua limpia, alimentación, buena higiene, buena vivienda, ropa adecuada y un entorno seguro. Los pobres carecen también de los medios para hacer cumplir sus derechos legales o para presionar para que se hagan reformas políticas. Además, los pobres del mundo están obligados por extremas necesidades u obligados a incurrir en otros riesgos que

* Profesor de Filosofía y Asuntos Internacionales en la Universidad de Yale; Miembro profesoral del Centro de Filosofía Aplicada y Ética Pública en la Universidad Nacional de Australia, e investigador Director del Centro para el Estudio del Entendimiento de la Naturaleza en la Universidad de Oslo. Correspondencia: Departamento de Filosofía de Yale, Connecticut Hall, New Haven, CT 06520-8360, USA, thomaspogge@yale.edu

Este ensayo hace parte de un esfuerzo en conjunto, financiado por el Australian Research Council, la Fundación BUPA y la Comisión Europea, al cual Christian Barry, Laura Biron, Leila Chirayath, Kieran Donaghue, Jocelyn Finlay, Aidan Hollis, Miltos Ladikos, Matt Peterson, Michael Ravvin, Doris Schroeder, Michael Selgelid, Jie Tian, Ling Tong, Kit Wellman y Judith Withwoth han contribuido sustancialmente.

pueden afectar su salud: ya sea vendiendo un riñón o aceptando trabajos peligrosos en prostitución, minería, construcción, servicios domésticos, textiles y producción de alfombras. Ellos carecen de reservas financieras y de acceso a fuentes públicas de conocimiento médico y tratamientos, por lo tanto, pocas posibilidades de recuperarse de una enfermedad que puedan tener.

Al reforzarse mutuamente, estos factores aseguran que los pobres soporten una gran carga desproporcional de enfermedades –especialmente las transmisibles, las maternas, las de nacimiento o las ocasionadas por condiciones nutricionales- y una gran carga compartida de muertes prematuras: 30% de todas las muertes anuales, 18 millones de personas, son por causas relacionadas con la pobreza. Estas grandes cargas de morbilidad y de muertes prematuras están vinculadas a su vez con cargas económicas que mantienen a la mayoría de los pobres atrapados en la pobreza de por vida.

Es posible hacer progresos trascendentales en contra de la carga mundial de morbilidad (CMM) directamente. Reformando el modo de financiar el desarrollo de nuevos tratamientos médicos, se puede reducir substancialmente las tasas de morbilidad y mortalidad que existen hoy día. Es por esto que voy a esbozar de manera concreta, factible y políticamente realizable, un plan de reforma que le brinde a los que hacen innovaciones médicas incentivos financieros, estables y confiables, para que se concentren en las enfermedades de los pobres. De adoptarse, este plan no añadiría mucho al costo global que se destina a la salud. De hecho, cualquier cálculo plausible que tome en cuenta las grandes pérdidas económicas causadas por la actual CMM, la reforma se pagaría ella misma. Más aún, distribuiría el costo del gasto global en salud de manera más justa a través de los países, generaciones y entre los afortunados que disfrutan de buena salud y los desafortunados que están sufriendo graves enfermedades.

2. El problema

Para las medicinas, el costo fijo que se necesita para desarrollar un nuevo producto es extremadamente alto por dos razones. Primero que todo es muy costoso investigar y “pulir” un nuevo medicamento para después someterlo a complejos ensayos clínicos y procesos nacionales de aprobación comercial; y segundo porque muchas investigaciones

prometedoras fallan en alguna parte del camino, no pudiendo llegar a ser un producto del mercado. Con estas dos razones, la investigación y el desarrollo (I&D) de nuevas medicinas aumenta el costo de este proceso a más o menos medio millardo de dólares, sino es más. Una vez inventada y aprobada, la producción de ese medicamento es, en comparación, barata. Debido al desequilibrio que se presenta en el costo fijo para el desarrollo de un nuevo producto, la innovación farmacéutica no es sostenible en un sistema de libre mercado: la competición entre fabricantes haría bajar rápidamente el valor de una medicina cercano a su costo marginal de producción de largo plazo, por lo cual el innovador no tendrá de donde recuperar su inversión que hizo en I&D. El modo usual de corregir esta falla del mercado es tanto el recompensar a los innovadores con patentes que les autoricen prohibir a otros el producir o distribuir aquello que fue inventado, como darles la facultad de levantar esta prerrogativa a cambio del pago de una tarifa. Como resultado de esta exclusividad en el mercado se presenta un aumento en los precios de venta que, en promedio, permiten recuperar la inversión que hicieron los innovadores en I&D, vendiendo productos que incluso muy por debajo del costo marginal son de gran demanda.

En el caso de las patentes, muchos pasan por alto las objeciones habituales que se le hacen a los monopolios –que son económicamente ineficientes o son restricciones inmorales a la libertad- pues piensan que la reducción de libertades individuales puede ser justificada por el beneficio que producen patentes cuidadosamente diseñadas. Un aspecto importante es que ellas dan una exclusividad en el mercado por un tiempo limitado, y una vez que esta expira, los competidores pueden entrar libremente al mercado con copias del producto original y así los consumidores no tendrán que pagar altos sobrecostos debido a precios de mercado en competencia. El tiempo de la patente debe ser limitado, pues si se le adicionan más años se fortalecerían escasamente los incentivos para la innovación. Normalmente en una industria en donde hay una tasa de descuento del 11% anual,¹ la vida efectiva de una patente de 10 años genera un 65% y una de 15 años un 79%² de la ganancia (descontada del valor actual) que una patente permanente generaría. De esta manera, imponer precios

¹Joseph A. Di Masi, Ronald W. Hansen y Henry G. Grabowski. The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs, 2003, 22, Journal of Health Economics, pág. 151.

²Datos actualizados suministrados por el profesor Thomas Pogge para esta traducción (*nota del traductor*).

monopólicos a las generaciones futuras, a cambio de un significativo incremento en incentivos para la innovación, no tiene ningún sentido.

Durante el tiempo de vida de la patente hay un impedimento legal para producir, vender y comprar una medicina patentada sin antes tener el consentimiento de quien tiene la patente. Esta restricción perjudica tanto a los productores de genéricos como a los consumidores al negarles la posibilidad de comprar tales medicinas a precios competitivos de mercado. Pero por otro lado, aquellos consumidores también se benefician por el impresionante arsenal de medicinas útiles cuyo desarrollo es motivado por la posibilidad de que puedan obtener una patente con grandes beneficios debido al aumento del precio de la medicina.

Puede parecer obvio que este beneficio compense la pérdida de libertad, pero debemos considerar que no todos tienen la suficiente capacidad de comprar medicamentos avanzados a altos costos, o ser lo suficientemente afortunados como para necesitar el medicamento una vez haya expirado la vida de la patente. Muchos seres humanos están atrapados en una pobreza severa. La mayoría de ellos no se benefician del hecho de que una medicina esté patentada, puesto que no tiene acceso a ella. Por la pérdida de libertad que sufren, estas personas pueden objetar que el régimen de patentes no les da nada a cambio. Si la libertad de producir, vender y comprar medicamentos avanzados no se restringiese, entonces los más acomodados tendrían que encontrar otro camino (quizá menos conveniente para ellos) de incentivar la investigación farmacéutica. Pero siendo esto así, los medicamentos avanzados estarían disponibles a precios competitivos de mercado, y los pobres tendrían más posibilidades³ de tener acceso a ellos a través de sus propios fondos o por medio de la ayuda que les brindan agencias gubernamentales, nacionales e internacionales, u organizaciones no gubernamentales. La pérdida de libertad que se les impone a los pobres globales –cuyo número es del orden de los cientos de millones- es a su vez una gran pérdida en términos de enfermedades y muertes prematuras. No hay ningún beneficio que

³ La vida de la patente se cuenta desde el momento en que es presentada la solicitud de patente, y su vida efectiva va desde el momento en que recibe la aprobación comercial hasta que expira. En el texto, mi cálculo asume una ganancia nominal constante cada año. En realidad la ganancia anual puede elevarse (debido a un aumento de la penetración del mercado o por el incremento de la población) o caer (a través de una reducción en la incidencia de la enfermedad o por la competición de *me too-drugs* desarrolladas por firmas competidoras). Para la mayoría de los medicamentos las ventas caen cuando ellas llevan alrededor de seis años en el mercado, lo cual fortalece las razones para limitar la vida de las patentes. Mi razonamiento asume que los beneficios en la salud futura no serán descontados.

pueda compensar estas pérdidas, que tampoco pueden ser justificadas por el beneficio que las patentes le dan a los más afortunados.

Esta objeción a las patentes era menos pertinente antes de los años noventa, cuando las estrictas reglas de las patentes se daban sobre todo en los estados ricos, quienes a su vez les permitían a los países menos desarrollados tener débiles protecciones o incluso ninguna. Esta exención a los países pobres tenía poco efecto en los incentivos para la innovación ya que en estos países los que podían darse el lujo de tener medicamentos avanzados a precios de patentes protegidas eran pocos con relación a los millones de personas que viven en países de alto ingreso. Claro que tal exención le daba un alivio a muchos pobres de países pobres, pues en ese entonces adquirirían nuevos medicamentos a precios competitivos de mercado que de otra manera no habrían podido adquirir si estas estuvieran bajo la protección de una patente en su país.

No obstante, la diversidad de regulaciones nacionales fue destruida en los años noventa cuando una poderosa alianza de industrias (software, entretenimiento, farmacéuticas, corporaciones agrícolas) persuadió a la administración Clinton y a otros estados ricos para imponer unas reglas globales y uniformes de propiedad intelectual. La aprobación de este régimen, establecido en el *Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio* (ADPIC-TRIPS) de 1994, fue una condición para ser miembro de la Organización Mundial del Comercio (OMC), lo cual, prometido en ese entonces, le permitiría a los países pobres cosechar grandes beneficios debido a la liberalización del comercio. Mientras que por un lado los estados más ricos han rebajado lentamente sus barreras de comercio y subsidios, por el otro lado han trabajado duro para implementar⁴ derechos de propiedad intelectual en los países menos desarrollados, con devastadores efectos, por ejemplo, en la evolución de la epidemia VIH/SIDA.

Para las catastróficas crisis en salud que se le presentan a los pobres globales, el mundo responde usualmente a través de declaraciones, informes, conferencias, cumbres, y por supuesto grupos de trabajo; pero también responde con esfuerzos para financiar la entrega

⁴ Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio, firmado el 15 de abril de 1994, 1867 UNTS 3, anexo 1C (*Acuerdo de los Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio*) (entrado en vigencia el 1 de enero de 1995) (Acuerdo ADPIC-TRIPS).

de medicinas a los pobres, mediante iniciativas intergubernamentales, programas gubernamentales, sociedades público-privadas y a través de las donaciones de las farmacéuticas. A su vez, se hacen varios esfuerzos para promover el desarrollo de nuevas medicinas contra las enfermedades que más afectan a los pobres, como también distintos premios y compromisos anticipados de compra y de mercado.⁵

Tal diversidad de iniciativas suena bien, y da la impresión de que se está haciendo mucho para resolver el problema. Sin embargo, y aunque muchos esfuerzos están mejorando de verdad la salud de los pobres en relación a lo que podría ser si no se llevaran a cabo, distan mucho de ser suficiente para protegerlos. Resulta irreal suponer que tantos miles de millones de dólares serán destinados a neutralizar el costo que se le impone a los pobres con la globalización de una patente protegida por 20 años. Y es inclusive más irreal esperar que tal dinero sea gastado, año tras año, de manera confiable y eficiente. Por lo anterior es que hay que buscar una solución más sistemática que se dirija a la raíz de la crisis global en salud. Tal solución es políticamente difícil de realizar, pues requiere de una reforma institucional, pero una vez lograda, es políticamente más fácil de mantener. Además, previene las inmensas y colectivamente ineficientes movilizaciones que se necesitan hoy día para mantener muchas medidas temporales, las cuales solamente mitigan los efectos de unos problemas estructurales de las que ellas no se hacen cargo.

La búsqueda para una solución sistemática como esta debe empezar por un análisis de las principales desventajas del globalizado régimen de patentes. Estas desventajas son:

Altos precios: durante el tiempo que una medicina esté bajo una patente, esta será vendida a precio de monopolio, cercano al máximo de ganancias, determinado en gran medida por la demanda en el mercado que generan los más afortunados. Cuando la gente sana quiere realmente una medicina, entonces su precio puede subir muy por encima de su costo de producción, compensando las pérdidas por la reducción en el volumen de ventas con el incremento en las ganancias al aumentar el precio. En medicamentos patentados, un

⁵ Detalles sobre estas iniciativas (y sus desventajas) son discutidos en: Aidan Hollis y Thomas Pogge, *The Health Impact Fund: Making New Medicines Accessible for All* (2008) cap. 9, www.healthimpactfund.org, del 16 de febrero de 2009.

aumento del precio que exceda el 1000% no es nada raro,⁶ motivo por el cual sólo unos pocos pobres pueden tener acceso a medicinas a través de la caridad de otros.

Ignorancia de las enfermedades propias de los pobres: cuando los innovadores son recompensados con precios protegidos por patentes, las enfermedades que se dan entre los pobres -sin importar cuán extendidas y graves sean- dejan de ser atractivas para la I&D. Esto se da debido a que la demanda de tal medicina decrece abruptamente en la medida en que quien la registra aumenta el precio. No hay entonces perspectiva de alcanzar altos volúmenes de ventas y un sustancial aumento de precio. Más aún, existe el riesgo de que un esfuerzo exitoso en una investigación tenga que responder a fuertes demandas que piden que la medicina esté disponible a costo marginal o gratis, por lo que la inversión en I&D sería una pérdida para el innovador. En esta situación, la biotecnología y las compañías farmacéuticas prefieren obviamente las dolencias de los más afortunados, como la pérdida del cabello o el acné, por encima de la tuberculosis y la enfermedad del sueño. Este problema se ha venido conociendo como el problema de 10/90, ya que solamente el 10% de la investigación farmacéutica se concentra en las enfermedades del 90% de la CMM.⁷

Predilección por los tratamientos crónicos: las medicinas pueden clasificarse en tres categorías: las que curan y eliminan la enfermedad del paciente; las que mejoran el estado del enfermo sin eliminar la enfermedad (tratamientos crónicos de mantenimiento), y las medicinas preventivas que reducen la probabilidad de contraer una enfermedad. Bajo el actual régimen de patentes la segunda clase de medicamentos es de lejos la que más ganancias da; siendo los pacientes más deseados aquellos que no se curan pero tampoco se mueren (hasta después de la expiración de la patente), por lo cual la compran semana tras semana, año tras año, dando más ganancias en comparación a si obtuvieran el mismo beneficio en salud por una cura o una vacuna, pues éstas, como son compradas en grandes cantidades y con descuentos por parte de los gobiernos, son menos lucrativas. Esta situación es muy lamentable porque los beneficios en salud de las vacunas tienden a ser

⁶ En Tailandia, Sanofi-Aventis vende el medicamento Plaxis, que es para una enfermedad cardiovascular, por 70 baht (2.20 dólares), esto es 60 veces más cara que el precio al que la firma india de genéricos Emcure acordó entregar la misma medicina (Clopidogrel). Ver: Oxfam International, Investing for Life: Meeting Poor People's Needs for Access to Medicines through Responsible Business Practices (Informe N° 109, Oxfam, noviembre, 2007) 20.

⁷ Ver: Global Forum for Health Research, The 10/90 Report on Health Research 2003-2004 (Ginebra: Foro Global para la Investigación en salud, 2004) www.globalforumhealth.org, 16 de febrero de 2009.

excepcionalmente grandes, ya que ellas protegen de infecciones y contagios no solamente a quien está vacunado sino también a quienes están a su alrededor.⁸ Una vez más se demuestra que el actual régimen conduce la investigación farmacéutica por la dirección equivocada, y de aquí al empeoramiento en salud tanto de los pobres como de los más afortunados.

Derroche de dinero: bajo el actual régimen, los innovadores deben cargar con el costo no sólo de que las patentes de sus medicinas cumplan con una gran cantidad de jurisdicciones nacionales, sino también con el costo de controlar estos países por posibles violaciones a sus patentes. En muchas jurisdicciones se gastan grandes cantidades de dinero en costos de litigación que van en contra de las compañías de genéricos, las cuales tienen fuertes incentivos para desafiar cualquier patente y a quienes la poseen, cuyas ganancias dependen de su habilidad para defender, extender y prolongar sus sobre-precios protegidos por la patente. Incluso las pérdidas más cuantiosas se dan por una pérdida de eficiencia (“deadweight loss”), de alrededor de 200 miles de millones de dólares en el mundo debido al bloqueo de ventas a potenciales compradores, capaces y dispuestos a pagar un precio comprendido entre el costo marginal y el muchísimo más elevado precio de monopolio.⁹

Falsificación: los grandes aumentos de precio también promueven la manufactura ilegal de productos falsos que son diluidos, adulterados, inactivos o incluso tóxicos, que ponen en peligro la salud de los pacientes. Además de esto, también contribuye a la emergencia de la resistencia a ciertos medicamentos el que el paciente no ingiera la cantidad suficiente del principio activo en una medicina diluida como para eliminar los agentes patógenos más resistentes. La aparición de variedades de enfermedades altamente resistentes a los esfuerzos de los medicamentos, como por ejemplo la tuberculosis, supone una amenaza para todos nosotros.

⁸ Ver: Michael Selgelid, *Ethics and Drug Resistance*, 2007, 21, *Bioethics*, pág. 218.

⁹ Comunicación personal de Aidan Hollis basada en su cálculo personal aproximado. Para una discusión en cuanto a otras alternativas ver: Aidan Hollis, *An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation* (Informe, Universidad de Calgary, 2005). En este informe, Aidan Hollis determina la cantidad de la pérdida de eficiencia en la región entre 5 a 20 billones de dólares anuales para los Estados Unidos. Globalmente la pérdida irreparable de eficiencia es ciertamente más alta ya que en muchos mercados el seguro de medicamentos es inválido, por lo cual los consumidores son más sensibles a los precios.

Mercadeo excesivo: cuando las compañías farmacéuticas mantienen precios tan altos, ellas creen que es racional hacer grandes esfuerzos para incrementar las ventas, ya sea asustando a los pacientes o recompensando a los doctores. Esto produce inútiles batallas en la competencia que comparten medicinas similares (me too-drugs),¹⁰ como también dádivas que inducen a los doctores a prescribir medicinas incluso cuando no son las indicadas o cuando su competencia probablemente da mejores resultados. Además, con altos aumentos de precio las farmacéuticas financian publicidad que va dirigida a los consumidores, persuadiéndolos de tomar medicamentos que no necesitan para enfermedades que no tienen (y algunas veces para pseudo-enfermedades inventadas).¹¹

El Problema de la Última milla: mientras que por un lado el actual régimen da fuertes incentivos para vender medicinas patentadas, incluso no necesitadas, a quienes o las pueden pagar o tienen un seguro en salud, por otra parte no da incentivos que aseguran que la gente pobre se beneficie de las medicinas que necesitan con urgencia. Inclusive en los países ricos las compañías farmacéuticas sólo tienen incentivos para vender sus productos y no para asegurarse que estos sean usados adecuadamente por los pacientes a quienes pueden beneficiar. Este problema se presenta en los países pobres que a menudo carecen de una infraestructura para distribuir las medicinas como también del personal médico que las prescribe y que asegura que se haga un buen uso de ellas. De hecho, el actual régimen le da a las compañías farmacéuticas incentivos para que ignoren las necesidades médicas de los pobres. Para obtener ganancias en este régimen una compañía no solo tiene que obtener la patente de una medicina que sea efectiva en proteger a los pacientes, que la puedan pagar, contra una enfermedad o sus síntomas nocivos. También necesita que la enfermedad “florezca” y se extienda, porque, mientras aumenta o disminuye, va a crear una demanda correlativa en el mercado. Una compañía farmacéutica que ayude a los pacientes pobres al beneficiarse éstos de las medicinas patentadas, estaría minando sus propias ganancias de tres modos: pagando por hacer un esfuerzo para que su medicina esté disponible para los pobres; reduciendo la enfermedad de la cual dependen sus ganancias; y perdiendo

¹⁰ Me-too drug es un medicamento que, con ciertas diferencias menores, es estructuralmente muy similar a otros ya conocidos. (*nota del traductor*).

¹¹ Ver el número especial de la revista PLoS Medicine que habla sobre la mercantilización de enfermedades (*disease mongering*): PLoS Medicine, 2006, n.3, pág. 425, www.collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering/2006.php, febrero, 2009.

compradores ricos que encuentran modos de comprar, de modo más barato, medicinas destinadas a los pobres.

Al reflexionar sobre estos siete problemas, vemos otra razón para aspirar a que haya una solución, comprensiva y permanente, en preferencia a las medidas temporales que han sido implementadas y propuestas. El valor práctico de los esfuerzos para disminuir uno de los siete problemas puede ser enormemente reducido por otro problema que permanezca sin solución, y esfuerzos por disminuir un problema pueden empeorar otro. Por ejemplo, la donación de medicamentos para el beneficio de los pobres, pretendiendo disminuir el problema de los altos precios, en verdad lo que estaría haciendo sería ocasionar más daños debido a la débil infraestructura en salud de los países que los reciben (el problema de la *Última milla*). Al carecer de una instrucción médica competente y de un empaque de las medicinas que esté en el lenguaje del país de destino, los pacientes pobres pueden equivocarse al tomar la medicina en las dosis adecuadas, en el momento preciso o por el tiempo apropiado. Puede que estos pacientes no solamente permanezcan enfermos, sino que también pueden desarrollar y esparcir una resistencia a cierta medicina, lo cual (como en el caso de la resistencia a la tuberculosis) pone en grave peligro a gente en todas partes.

Los efectos contraproducentes también pueden surgir de licencias obligatorias que algunos gobiernos han expedido o amenazado promulgar para beneficiar a sus ciudadanos con acceso barato a medicinas patentadas. Así estén permitidas por el Acuerdo ADPIC (confirmado en la Declaración de Doha),¹² las licencias obligatorias son muy mal tomadas por las compañías farmacéuticas, y los gobiernos atrevidos que las emiten son rutinariamente censurados y penalizados por estas compañías y por los gobiernos de países ricos. Al emitir una licencia de éstas, un gobierno autoriza la producción y la comercialización de una versión genérica más barata de una medicina patentada con la condición de que la firma genérica pague una pequeña cuota a quien posee la patente. Tal licencia, e incluso la mera amenaza de una, normalmente hace que el precio de la medicina patentada se reduzca sustancialmente en el país que se da la licencia. Pero la ayuda que se da al problema de los altos precios agrava otro, que es el descuido de las enfermedades que

¹² Ver la Declaración Ministerial adoptada el 14 de noviembre de 2001, documento de la OMC, MIN (01)/DEC/1 (2001) [4]-[6]; Acuerdo ADPIC, artículos 8(1), 27(2).

se dan entre los pobres. Las farmacéuticas gastan menos en la búsqueda de medicinas vitales -especialmente en aquellas cuyo potencial mercadeo está en los países menos desarrollados- cuando las incertidumbres, pruebas y aprobaciones están compuestas con la adicional imprevisibilidad de sí habrá y en qué medida el éxito de las innovaciones podrá recuperarse de su inversión hecha en investigación y desarrollo a través del uso de la exclusividad en el mercadeo.

3. Razonamiento

A pesar de los efectos contraproducentes, el llamado moral de las licencias obligatorias es convincente: consideremos una medicina que puede salvar vidas y cuyo dueño de su patente la vende a \$100, de los cuales \$10 constituyen el costo marginal en el largo plazo de producción y distribución. Los altos precios excluyen a pacientes pobres, de los cuales una mayoría, si los precios fueran cercanos al costo de producción, podrían mejorar su acceso a las medicinas ya sea con la ayuda de organizaciones internacionales o por su propia cuenta. ¿Qué les decimos entonces a estos pacientes que están sufriendo y muriendo incluso cuando podrían obtener la medicina a un precio competitivo de mercado? Les decimos que para poder acceder a ellas tienen no sólo que pagar por la medicina en su estado físico, sino también por la propiedad intelectual plasmada en ellas; por la idea innovadora de descubrimiento o innovación. Pero, ¿cómo les podemos imponer un aumento de precio tan alto por la propiedad intelectual, y de ese modo excluirlos de la medicina, cuando el costo para ellos de esta exclusión es la enfermedad y la muerte?

Esta pregunta se vuelve más urgente cuando vemos que incluir a los pobres no le suma nada al costo de innovación. Un aspecto maravilloso acerca de los productos del pensamiento es que su costo es independiente al número de beneficiarios. El trabajo intelectual de componer una novela es exactamente el mismo, a pesar de si tiene millones de lectores o ninguno. Lo mismo pasa con el descubrimiento de una nueva molécula médicamente eficaz. Millones de personas se pueden beneficiar de estos esfuerzos intelectuales sin tener que añadirle nada a su costo. Lo anterior hace moralmente irresistible la conclusión de que a la gente pobre, cuando sus vidas están en peligro, no se les debe impedir la compra de medicamentos de proveedores dispuestos a venderlas a precios competitivos de mercado. Una licencia obligatoria protege esta libertad de los pobres.

Pero entonces, ¿qué pasa con el innovador que ha hecho esfuerzos y gastos para conseguir su innovación? ¿No le pertenece ésta a él, para que la pueda dar, negar o vender como quiera? Recurriendo al derecho natural de apropiación de Locke, este innovador puede parecerse a alguien que, uniendo su trabajo a un antiguo objeto sin dueño, y dejando cantidad suficiente y de igual calidad para los otros, adquiere tal objeto y le niega el derecho de uso a los otros. Sin embargo esta analogía es defectuosa. Imponiendo derechos de propiedad intelectual, el investigador médico no le está negando a las personas únicamente la libertad de usar lo que él legítimamente consiguió, sino también la libertad de usar lo que ellos mismos han conseguido legítimamente. Con su invención, se supondría entonces que el resto de las personas perderían la libertad de hacer lo que él hizo: el transformar materiales que se han obtenido legítimamente en una sustancia del tipo que él produjo primero. Lejos de apoyar los derechos monopólicos de las farmacéuticas, la tradición filosófica unida a los derechos de propiedad, refuta de esta manera tales derechos de propiedad intelectual.¹³ Quien defiende estos derechos puede argumentar diciendo que perjudicaría la innovación el permitir que los productores de genéricos hagan una copia del original sin tener que pagar una licencia a los innovadores. Tal permiso nos privaría a todos de las eficaces nuevas medicinas que los innovadores están produciendo.

Con este argumento se está dando un cambio de lugar al defender ahora las patentes no en la sala del tribunal de los derechos naturales sino en la de un mutuo beneficio. ¿Tiene éxito esta defensa? Es indiscutible que el desarrollo de nuevas medicinas, motivado por una esperanza de ganancias, ha beneficiado a algunos pacientes, es decir los más afortunados, que las pueden comprar a precios de monopolio o a los que tienen la posibilidad de necesitarlas cuando la patente haya expirado. Si todos los seres humanos fueran tan afortunados o tuvieran la misma posibilidad, las patentes serían defendibles en favor del interés de todos y cada uno: sería entonces racional para todos nosotros el aceptar el costo de abandonar nuestros derechos de producir, vender y comprar una nueva medicina, inventada por otro, por el beneficio de tener disponible un amplio y poderoso arsenal de farmacéuticas.

¹³ Para un rechazo más extenso del reclamo de Locke (con una específica discusión con Robert Nozick), ver: Hollis y Pogge, op.cit, 62-8.

De hecho, muchos seres humanos están atrapados en una severa pobreza, por lo cual muchos de ellos tienen un pequeño o ningún beneficio del maravilloso arsenal de medicinas disponibles pues a precios tan altos no pueden tener acceso a ellas. Para estas personas - cuyo número es del orden de los cientos de millones- sería altamente irracional el aceptar abandonar su libertad para que los más afortunados puedan hacer un uso exitoso de las patentes y así estimular la innovación farmacéutica. En el mundo real, los pobres no aceptan términos tan altamente irracionales. Los altos costos son a menudo impuestos a los pobres por otros que, para su propia ventaja, interponen la barrera de las patentes entre aquellos y las compañías de genéricos que están dispuestas a suministrar las medicinas que los pobres necesitan con urgencia. Esta interposición es una grave injusticia que mata a millones de pobres cada año.

Esta injusticia se ve claramente en las legislaciones nacionales: por ejemplo, en India los pobres perdieron recientemente su libertad legal de tener acceso a medicinas a precios competitivos de mercado. Esto también es manifiesto en las reglas internacionales de comercio, como el Acuerdo ADPIC, que se le exige a la India implementar como una condición para el acceso limitado a la OMC, y así permitirle a los exportadores indios llegar a los mercados de los países ricos. Quizá los gobiernos de la India y otros países menos desarrollados toman una razonable decisión cuando le imponen a los pobres unas reglas injustas de acceso a medicamentos con motivo de obtener un poco más de equidad en el comercio internacional. Pero los poderosos países ricos, que diseñan e imponen el actual régimen de la OMC, no tienen esta misma excusa. Al presionar a los países débiles a que impongan esta injusticia sobre los pobres, los países ricos están actuando injustamente. Si estos países y sus ciudadanos desean innovación médica, entonces tendrán que encontrar modos de financiamiento que no reduzcan la libertad de los pobres o alternativas que compensen adecuadamente la pérdida de libertad impuesta a los pobres.

Ya que sería difícil, si no imposible, compensar adecuadamente a los pobres de la enfermedad y la muerte, consideremos distintas maneras de financiar innovaciones farmacéuticas que no vayan en contra de la libertad de los pobres de acceder a medicinas existentes con precios competitivos de mercado. El problema radica en que si a los pobres se les respeta esta libertad, entonces resulta complicado encontrar de quien recaudar las

rentas de monopolio que estimulan las innovaciones farmacéuticas. Sin embargo, y aunque con frecuencia los más afortunados están dispuestos a comprar medicinas avanzadas a precios muy por encima del costo marginal de producción, muchos de ellos prefieren comprarlos más baratos, incluso de manera ilegal; y tanto los astutos intermediarios como los contrabandistas están listos para aprovechar cualquier diferencia esencial que hay entre los precios para los ricos y los precios competitivos de mercado para los pobres. De este modo los mercados con grandes diferencias de precios generan inequidad, al tiempo que los contrabandistas y los egoístas más afortunados se benefician a costa de los innovadores y de la gente pudiente honrada. Más aún, el concederle a los pobres su libertad de acceso a medicinas a precios competitivos de mercado, reduce sustancialmente las rentas de monopolio que pueden ser sacadas de los pacientes más afortunados, como también los incentivos a las compañías farmacéuticas para que haya grandes inversiones en I&D.

Para evitar estos problemas generados por las grandes diferencias de precios es mejor nivelar estos precios en la dirección contraria: en vez de imponer injustamente precios de monopolio también a los pobres (que excluye de manera efectiva a muchos de ellos de las medicinas avanzadas), deberíamos garantizar un acceso abierto a precios competitivos de mercado también para los más afortunados, de tal manera que se pueda evitar el problema de los altos precios eficientemente. Además se eliminarían por completo los grandes sobrepuestos, y de este modo los problemas asociados a esto: desperdicio de dinero, falsificación, mercadeo excesivo y la predilección por los tratamientos crónicos.

Ya que la I&D de las farmacéuticas se necesita con urgencia, la pérdida de financiamiento de las patentes debe, con fondos públicos, ser reemplazada de alguna manera para asegurar un flujo fiable de innovación a largo plazo. Tal financiamiento puede ser diseñado para superar los dos últimos problemas del actual régimen: el descuido de las enfermedades concentradas alrededor de los pobres y el problema de la última milla.

Los mecanismos de financiamiento público son categorizados usualmente como sistemas «push» o «pull». El primero selecciona y financia un innovador en particular (compañía farmacéutica, universidad, agencia nacional de salud) para que se comprometa a hacer un esfuerzo específico en investigación. La intención es que con un adecuado financiamiento el innovador escogido desarrolle la innovación deseada, que pueda entonces estar

disponible para que las compañías farmacéuticas competidoras la produzcan, asegurando así una amplia disponibilidad a precios competitivos de mercado.

En contraposición, un sistema «pull» está dirigido a varios innovadores potenciales, prometiendo una recompensa a quien logre primero una innovación de importancia. Esos sistemas tienen dos ventajas interrelacionadas sobre los sistemas push: evitan el pago de esfuerzos de innovación fallidos y generan fuertes incentivos financieros para que los innovadores trabajen fuerte para conseguir tempranos resultados exitosos. El otro lado de estas ventajas es que, para procurar serios esfuerzos de investigación, la recompensa debe ser lo suficientemente grande como para compensar el riesgo de fracaso. Este riesgo es doble ya sea porque la medicina buscada sea difícil de encontrar o ya sea porque un competidor tuvo éxito primero. Los posibles innovadores tienen incentivos para tratar de desarrollar una nueva medicina sólo si la recompensa, descontada por la probabilidad de fracaso, es mucho más grande que el esperado costo del esfuerzo que se haga en I&D. En estos aspectos, un sistema pull es similar al actual régimen de patentes.

A pesar de este costo adicional, los sistemas «pull» pueden ser más efectivos que los «push» por tres razones: porque los sistemas push tienen más probabilidades de fracasar ya que en ellos sólo hay un innovador, en lugar de varios innovadores en competencia que trabajen en cada problema; porque el innovador es escogido en función de la confianza depositada por alguien externo, mientras que en los sistemas «pull» la decisión de cada innovador de intentarlo se basa en su propia valoración, mucho más realista y mejor motivada, de sus capacidades; y porque el innovador escogido tiene incentivos más débiles para trabajar de un modo rentable para lograr resultados lo antes posible. Esta alta probabilidad de fracasar se agrava por el hecho de que estos intentos fallidos también se pagan, contrario a los sistemas «pull» que no pagan por esfuerzos malogrados. Con lo anterior se explica por qué éstos programas son políticamente más fáciles de sostener.

De los programas «pull», el punto más relevante consiste en los concursos por un premio que promete recompensar al primer innovador capaz de producir una medicina que cumpla ciertas especificaciones. Esta recompensa puede consistir en una cierta suma de dinero, o como un Compromiso Anticipado de Compra (CAC) o un Compromiso Anticipado de

Mercado (CAM). Tales recompensas han sido descritas con cierto ingenio.¹⁴ Ellas pueden ser un valioso complemento a las actuales recompensas de patentes y tienen también el potencial de estimular el desarrollo de medicinas para las enfermedades que son descuidadas actualmente.

Sin embargo, tales competencias ad hoc tienen cuatro desventajas: la primera es que los políticos, burócratas o expertos juegan un papel crucial al momento de decidir cuáles enfermedades se deben investigar, cómo se debe llevar la búsqueda del remedio y cuán grande debe ser la recompensa prometida para el remedio que cumpla tales especificaciones. Esto hace que haya incompetencia, corrupción, elección a dedo y lobby por parte de compañías y de grupos de pacientes. A pesar de esto, los incentivos dados a los planificadores para estimular las innovaciones más rentables son muy débiles, y su información acerca de lo que cuesta a un innovador realizar un esfuerzo en cierta investigación es probablemente de calidad bastante pobre, puesto que los posibles innovadores tienen razones para exagerar tanto los costos como las posibles utilidades de sus esfuerzos.

La segunda desventaja es que las recompensas ad hoc son excesivamente específicas. Cada recompensa debe definir una precisa línea de llegada, determinando, por lo menos, cuál enfermedad se va a atacar, cuán malos pueden ser los factores externos y mínimamente cuán efectiva y conveniente puede llegar a ser. Tal especificidad es problemática ya que presupone el mismo conocimiento cuyo descubrimiento se pretende incentivar. De este modo la especificación que realizan los patrocinadores probablemente no será la óptima, aún cuando ellos estén totalmente dedicados a mejorar la salud pública. Esta *sub-optimidad* puede tomar dos formas: primero el que la especificación puede ser excesivamente exigente en al menos una dimensión, lo cual llevaría a que los innovadores renuncien al esfuerzo aunque hayan llegado a un punto en el que esté a su alcance algo parecido a la solución buscada; y segundo, la especificación podría ser insuficientemente exigente en alguna dimensión o dimensiones, de modo que los innovadores, para ahorrar tiempo y dinero, entreguen productos apenas lo suficientemente buenos para ganar el

¹⁴Ver especialmente el texto de Michael Kremer y Rachel Glennerster: *Strong Medicine: Creating Incentives for Pharmaceutical Research on Neglected Diseases*, 2004.

premio, incluso cuando ellos podían haber hecho algo mejor con un pequeño costo adicional.¹⁵

La tercera desventaja de estas recompensas ad hoc es que dependen de una financiación que suele ser azarosa y casuística. Esto se debe a que factores arbitrarios y contingencias de la política entrarían invariablemente en la decisión de determinadas enfermedades y tipos de intervención acerca de qué competencias y premios se deben organizar. También es probable que las asignaciones generales de financiación sean erráticas: cuando se dan problemas de presupuesto los gobiernos tienden a saltarse o a posponer las recompensas planeadas para los concursos; y la conducta de otros patrocinadores puede que también sea influenciada indebidamente por factores extraños (v.gr. por las necesidades de sus relaciones públicas o por cuánto dinero deben gastar al año para mantener una reducción en impuestos).

El cuarto defecto importante es que fracasan en cómo se maneja el problema de la *Última milla*, un problema especialmente grave en el contexto de las enfermedades actualmente descuidadas y que fundamentalmente afectan a los pobres. El hecho de que una nueva e importante medicina esté disponible en grandes cantidades o pueda ser producida por productores de genéricos a precios muy baratos no significa que las poblaciones pobres tengan un real acceso a ella. La recompensa empuja a los innovadores a inventar una nueva, segura y efectiva medicina e incluso a su producción en grandes cantidades. Sin embargo, esta recompensa no empuja el medicamento para que complete la totalidad del camino restante hasta los pacientes que la necesitan.

4. Solución

Un régimen de patentes como el actual, que excluye a los pobres, necesita una reforma. Dada la anterior discusión, una reforma directa y moderada crearía un mecanismo suplementario que, al tratar las necesidades de los pobres, remediaría la injusticia que se impone actualmente sobre ellos. La reforma a proponer comprende seis elementos. El primero consiste en que, de la misma manera en que hoy día se da un incentivo para la

¹⁵ Para una excelente discusión, ver: Aidan Hollis, Incentive Mechanisms for Innovation (Informe técnico N° TP-07005, Institute for Advance Policy Research, Universidad de Calgary, junio de 2007) págs. 15-16.

innovación, el complemento al actual régimen de patentes fomentaría la innovación farmacéutica a través de un incentivo especificado también en términos generales: se compromete a recompensar cualquier medicina nueva y exitosa en proporción a su eficacia. Este tipo de mecanismo ha sido descrito como un comprensivo CAM.¹⁶ Segundo: mientras el régimen de patentes recompensa medicinas con base a la demanda de mercado que cada una de ellas genera y satisface, excluyendo de esta manera a los pobres, su complemento daría un estatus igualitario a todas las personas, al definir su éxito solamente en términos de salud humana. En esta vía complementaria, el éxito de un medicamento se mide por el logro que tenga en reducir la morbilidad y la prematura mortalidad humana, sin considerar si esto ocurre entre ricos o pobres. Tercero: para tratar de vencer el problema de la *Última milla*, las recompensas disponibles en el mecanismo complementario no deben entrar ligadas a lo que una medicina pueda hacer, sino a lo que de verdad puede lograr en el mundo real. Cuarto: cuando un mecanismo como este otorga las suficientes recompensas basadas en el impacto que tenga sobre la salud, este atraería la suficiente innovación y los suficientes esfuerzos para asegurar un acceso real a los medicamentos en todo el mundo. Esto evita cualquier coacción. Los innovadores son libres de escoger entre los dos caminos: haciendo desarrollo en el nuevo camino de medicinas de alto impacto que también son necesitadas por muchos pacientes pobres, o en el camino convencional de patentes de medicinas con bajo impacto, deseadas por los más afortunados. Que el primer camino sea opcional es también crucial para su éxito político. Quinto: para reforzar los incentivos que facilitan un acceso real a las medicinas, las recompensas en torno al impacto sobre la salud deben estar condicionadas a que el precio de las medicinas no sea más alto que el menor costo viable de producción y distribución.

Sexto: las recompensas por el impacto sobre la salud deben ser financiadas por los gobiernos como un bien público. Para minimizar las cargas y la pérdida de eficiencia debido a los impuestos, el costo debe ser repartido, en lo posible, de la manera más extensa. Esto sugiere que el financiamiento del mecanismo complementario tenga un alcance global más que nacional. Las razones que hacen que la reforma resulte convincente en un país o región, hacen que también lo sean en cualquier parte. Además, que el mecanismo tenga este

¹⁶ Aidan Hollis, A Comprehensive Advance Market Commitment: A useful supplement to the patent system, 2008, 1, Public Health ethics, pág. 124.

alcance evita los problemas asociados a las grandes diferencias de precios. El alcance global también trae grandes ganancias en eficiencia al diluir el costo del proyecto sin diluir sus beneficios: no importa cuántos beneficiarios se le agreguen, el costo de alcanzar una innovación permanece igual incluso cuando el beneficio total incrementa con el número de beneficiarios.¹⁷ Por último, un acuerdo internacional también reforzaría el compromiso de países individuales al proyecto. Es así como la innovación farmacéutica es fomentada de una mejor manera si se promete recompensar una nueva medicina, segura y efectiva, en proporción a su impacto sobre la salud global. Esta promesa constituye un CAM totalmente comprehensivo, al incluir no solamente todas las enfermedades sino también todos los pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, lo que pretende la propuesta es que se cree una nueva agencia internacional que recompense cualquier nueva medicina, basada en el impacto sobre la salud que, por ejemplo, tenga durante su primera década.¹⁸ El Fondo para el Impacto sobre la Salud (Health Impact Fund-HIF) daría amplias recompensas por el desarrollo de nuevas medicinas con alto impacto, sin excluir a los pobres de su uso.

Para poder dar incentivos estables, los estados miembros deben garantizar un financiamiento de alrededor 15 años en el futuro para asegurarle a las compañías farmacéuticas innovadoras que si ellas invierten en caros ensayos clínicos ahora, podrán reclamar, dentro de su aprobación comercial, una década entera de recompensas basadas en el impacto sobre la salud. Esta sólida garantía también está de lado de los intereses de los financiadores, quienes no querrían que el incentivo de sus contribuciones sea diluido por las cautelas escépticas de los posibles innovadores. Los estados, o bien podrían garantizar un fondo fijo anual que se reparte entre las medicinas registradas en proporción a su impacto sobre la salud, sujeto a una cuota límite de recompensa, o podrían prometer una suma de dinero fija por unidad de impacto sobre la salud¹⁹. Estas dos opciones difieren en cómo se

¹⁷ Para el caso de las enfermedades contagiosas, este beneficio puede incrementarse súper-proporcionalmente: cada persona que use una medicina de éstas se beneficia de otros que también la usan, ya que el amplio uso puede diezmar o incluso erradicar la enfermedad tratada, y de este modo reducir la probabilidad de que esta enfermedad se adapte y «rebote» con el esfuerzo de un medicamento. Ver: Selgelid, op.cit.

¹⁸ Esto corresponde aproximadamente a la vida efectiva de la patente de los 20 años de las patentes farmacéuticas que son normalmente presentadas varios años antes de la aprobación del mercado.

¹⁹ Para esta discusión, asumo que el impacto se mide por medio de los años de vida ajustados según la calidad (AVAC /QALYs). El AVAC es una usual manera de medir las ganancias en contra de la mortalidad y la

asigna la inevitable carga de incertidumbre acerca de qué tanto el impacto sobre la salud de los productos registrados en el HIF pueden alcanzar en total. La primera solución hace predecible el costo del HIF y por lo tanto ser más atractivo a los gobiernos; pero impone un riesgo adicional a los posibles innovadores al dejarlos en la oscuridad acerca de la tasa de recompensa por unidad de impacto sobre la salud. La otra opción le quita esta incertidumbre a los innovadores, pero impone a los gobiernos una considerable incertidumbre acerca de cuánto costará el HIF cada año²⁰. Hay también opciones intermedias que reparten la carga de incertidumbre entre los gobiernos y las farmacéuticas innovadoras²¹. De esta manera, el HIF puede ser implementado a diferentes escalas, de modo que los gobiernos lo puedan ampliar si funciona o reducirlo, siempre ceñido a la garantía de los 15 años. Tal aumento puede ser financiado a través de un incremento del compromiso de los estados miembros y/o a través de la adhesión de nuevos miembros.

El establecimiento y ampliación del HIF es facilitado por una regla que divide el costo del HIF en proporción al producto nacional bruto (PNB) de cada estado miembro. De este modo, si el PNB de un miembro es 3.7 veces el de otro, su contribución será entonces 3.7 veces la del otro. Esta rigidez tiene tres ventajas principales. Primera: la contribución de todos los países socios se ajusta automáticamente de acuerdo a sus fortunas variables; los países con un rápido crecimiento asumen automáticamente una mayor parte mientras que los países en recesión (PNB en declive) alivian su carga. Segunda: la rigidez previene que se den luchas prolongadas acerca de la porción en las contribuciones, tal cual ha ocurrido en las Naciones Unidas. Tercera: la rigidez también asegura a cada país que cualquier costo extra que acepte llevar al apoyar un incremento en la contribución programada, concordará exactamente con un correspondiente incremento de las contribuciones de los otros estados participantes.

Si todos los países del mundo decidieran unirse a este esfuerzo, cada uno de ellos tendría que contribuir con menos del 0.01 por ciento de su ingreso nacional bruto para llegar a una

morbilidad que constituye la CMM. Puede ser refinada en varias vías para las cuales carezco de espacio para detallar, pero básicamente, un AVAC es un año adicional de vida saludable o un largo período adicional de una vida debilitada (v.gr. 1.25 años adicionales con un 20% del funcionamiento de una edad específica).

²⁰ Esto podría no ser inaceptable. Si más plata de impuestos es invertida, puesto que el HIF estimula una innovación más exitosa que la esperada, entonces los beneficios en salud y sus consecuentes beneficios económicos para los que pagan los impuestos serán más grandes que los esperados.

²¹ Para una mayor discusión de estas opciones, ver Hollis y Pogge, op.cit, cap. 2.

suma de 6 millardos de dólares. Como ciudadanos tendríamos que pagar un 0.01 por ciento adicional de nuestro ingreso bruto en impuestos (1 dólar por cada 10,000 dólares de ingreso bruto). Si los países que representan un tercio del producto global están dispuestos a participar, sus ciudadanos contribuirían con el 0.03 por ciento de su ingreso bruto. Por supuesto, siendo aún una cantidad trivial con respecto a su impacto y mitigación, todo esto está relacionado con el gran uso que las medicinas registradas en el HIF pueden dar.

Recapitulemos ahora cómo el HIF puede dar una completa solución a los siete problemas descritos anteriormente:

Los altos precios no se dan en las medicinas registradas en el HIF. Normalmente los innovadores no querrán altos precios ya que, al impedir el acceso de sus productos a la mayoría de la población, reduciría su recompensa basada en el impacto sobre la salud. El HIF considera los beneficios en salud que tengan los pobres, conjuntamente con los beneficios de los ricos.

Las enfermedades concentradas alrededor de los pobres, en la medida en que ellas empeoran la CMM, ya no serán ignoradas. De hecho, las que entre ellas son las más destructivas se convertirán en las más lucrativas oportunidades de I&D para la biotecnología y las compañías farmacéuticas. Esto sucedería sin socavar las oportunidades de ganancia que tienen estas compañías cuando desarrollen remedios para los achaques de los más afortunados.

La predilección hacia los tratamientos crónicos estaría ausente de la I&D que fomenta el HIF. Este mecanismo suplementario mide el impacto sobre la salud de cada medicina registrada en cuanto a cómo su uso reduce la mortalidad y morbilidad en todo el mundo, sin considerar si logra esta reducción a través de una cura, un alivio del síntoma o a través de prevención. Esto hace que las firmas deliberen acerca de posibles proyectos de investigación de un modo que sea óptimo para la salud pública global, es decir, por lo que se refiere al esperado impacto sobre la salud global de la nueva medicina con relación al costo de desarrollarla. La rentabilidad de los proyectos e investigación debe estar alineada con su costo efectivo en relación a la salud pública global.

El desperdicio de dinero será drásticamente menor para los productos registrados en el HIF. No habrá pérdida de eficiencia debido a los sobrepuestos; habrá también un pequeño costo de litigación ya que los productores de genéricos carecerán de incentivos para competir, y los innovadores no querrán suprimir los productos genéricos, pues estos aumentan la recompensa del impacto sobre la salud de los innovadores. Por lo tanto, estos no tendrán que preocuparse con frecuencia de obtener, vigilar y defender patentes en diversas jurisdicciones nacionales. Para registrar una medicina en el HIF, ellos sólo tendrán que mostrar que tienen un efectivo e innovador producto.

Falsificar productos registrados en el HIF sería poco atractivo. Con la medicina original ampliamente disponible, cercana o incluso por debajo del costo marginal de producción, habrá poco beneficio en producir y vender productos falsos.

El mercadeo excesivo también será ampliamente reducido para las medicinas registradas en el HIF. Puesto que cada innovador es recompensado por el impacto sobre la salud de su adición al arsenal médico, incentivos para desarrollar *me-too drugs* que compitan con una medicina registrada en el HIF serían débiles. Los innovadores tendrían incentivos para desear un medicamento que sea registrada en el HIF solamente en la medida en que el mercado tenga como resultado unos beneficios terapéuticos medibles por los que el innovador será recompensado.

El problema de la Última milla va a ser mitigado puesto que cada innovador que se registre tendrá fuertes incentivos para asegurarse que los pacientes estén totalmente instruidos y adecuadamente provisionados para que ellos tengan un óptimo uso (dosis, obediencia, etc.) de las medicinas, las cuales, a través de un amplio y efectivo despliegue, tengan un óptimo impacto sobre la salud pública. Antes que ignorar a los países pobres como un mercado no rentable, las compañías farmacéuticas poseerán, además, incentivos para trabajar entre ellas, como también con ministerios nacionales de salud, agencias internacionales y ONG's para mejorar los sistemas de salud de estos países y así aumentar el impacto de sus medicinas registradas en el HIF.

5. Conclusión

Este ensayo describe y justifica un complemento al actual régimen de patentes que generaría un flujo en la innovación farmacéutica sin privar a los pobres de su libertad de comprar nuevas medicinas a precios competitivos de mercado. En respuesta a esto, alguien podría preguntar por qué el HIF descrito aquí debe estar limitado a nuevas medicinas, habiendo otras maneras de reducir la CMM, como por ejemplo a través de agua potable, nutrición adecuada, sanitarios limpios, protecciones como redes para mosquitos o en contra de las enfermedades que transmiten los animales, medicinas sin patentes y muchas más. ¿Por qué recompensar solamente nuevos remedios farmacéuticos cuando hay alternativas, quizá con un mayor costo efectivo de prevenir las mismas enfermedades?

Una respuesta parcial es que los esfuerzos fomentados por las recompensas dadas por el HIF no serían totalmente limitados a nuevas medicinas. Una vez que una firma haya registrado un nuevo medicamento, su recompensa dependerá en cómo este afecte la evolución de la mortalidad y morbilidad de la enfermedad para la cual está indicada. Este impacto dependerá de muchos factores, como por ejemplo la calidad del cuidado de la salud en los países pobres que la firma pueda afectar. Ayudando a mejorar esto, un innovador puede aumentar el impacto de su medicina, que a su vez es afectado por la disponibilidad que haya de doctores y enfermeras locales, el conocimiento del medicamento, tenerlo a la mano, prescribirlo, asegurar que los pacientes tengan acceso a él en una buena dosis y suficiente cantidad, e instruir a los pacientes para que hagan un uso adecuado del medicamento.

Esta respuesta no supera completamente la objeción. Hay enfermedades -una simple diarrea por ejemplo- para las que nuevas medicinas serían de poca o ninguna ayuda. ¿Por qué no esforzarse en reducir tales enfermedades asegurando un financiamiento para acceder a medicinas no patentadas, agua potable o buena sanidad, en la medida en que esto no es menos rentable que el Fondo para el Impacto sobre la salud? No tengo ningún reparo a esta extensión que se le hace al esquema de recompensa aquí esbozado. Podemos pensar que este esquema es el módulo central de un proyecto de reforma a la salud de mayores proporciones. Una vez que este módulo central sea especificado e implementado, puede ser extendido a otros factores sociales que son primordiales para la salud humana. Sin

embargo, tiene sentido empezar con un módulo central que proporcionaría un valioso paradigma para posibles extensiones e incentivos para hacer más adelante una reforma

Pero entonces, ¿por qué empezar con este módulo que se enfoca en nuevas medicinas? ¿No podría el dinero hacer más en cuanto a proteger la salud de poblaciones pobres si fuera invertido en un programa global de acceso a agua potable o nutrición saludable? Quizá lo haría. No obstante no dejemos a un lado las realidades de la política. A lo largo de muchas décadas, amargas experiencias han mostrado que los gobiernos del mundo no están preparados para invertir miles de millones de dólares en agua potable o programas de almuerzos escolares. Proveer estos bienes básicos se piensa como algo que merece unos pocos millones aquí y allá, pero ciertamente no se habla de tal orden de cifras. En contraste, la idea de invertir tales sumas de dinero para apoyar corporaciones domésticas es totalmente común y corriente. De hecho, los países ricos están invirtiendo cientos de billones cada año en créditos y subsidios a la exportación, lo cual agrava la pobreza severa en el extranjero, tan sólo en el sector agrícola. Una vía políticamente realizable debería conciliar los objetivos de proteger a los pobres y proporcionar oportunidades de negocio a las corporaciones. El HIF que he esbozado está diseñado para acomodarse a esta descripción. Debe haber esquemas con un mayor costo efectivo para proteger a los pobres. Pero esos esquemas alternativos son inútiles si no son capaces de atraer los fondos que planean invertir. Alineándose con los poderosos intereses de las farmacéuticas y de las industrias de la biotecnología, el HIF tiene mayores perspectivas de tener éxito.

Soy consciente de que no tengo el espacio para discutir totalmente cómo el HIF propuesto debe ser diseñado de la mejor manera posible. Es evidente que esto es un problema altamente complejo. Para esto tenemos un interdisciplinario e internacional equipo - apoyado por el Australian Research Council, la Fundación BUPA y la Comisión Europea- trabajando duro en detallar soluciones factibles para los desafíos restantes. Nuestro trabajo está documentado, con cierto tiempo de retraso, en la página www.HealthImpactFund.org. Un libro, que describe la propuesta con mayor detalle, está disponible ahí.

Notas de la traducción:

Me too-drugs: he dejado el término en inglés pues la bibliografía que hay en español al respecto no da una traducción permanente de él, por lo cual podría darse a malinterpretaciones. Además he hecho la definición de éste en la nota número 10, que es la segunda vez en que aparece, pues si bien la primera vez que aparece es en la nota 3, si se pone la definición ahí podría pasar desapercibida la definición para alguien que no lea el artículo de manera atenta.

«*Push*» / «*Pull*»: es prácticamente lo mismo que con *me too-drugs*, es decir, no hay una traducción establecida para estos términos que pueda dar claridad y no confusión. Incluso en muchos artículos que hay en español se usan los términos en inglés.