

Consensos reforzados,  
la cooperatividad de siempre

# ¿Nueva conciencia en América latina?

**Una nueva postura parece estar naciendo en el subcontinente en el tema de patentes medicinales.**

**La visión del Dr. Francisco Rossi, experto internacional colombiano, alienta vientos de cambio y aprovechamiento de saberes ya adquiridos.**

¿C

ómo influyen los tratados de libre comercio en el acceso a los medicamentos? ¿Cuáles son las últimas novedades y avances en este tema?

–A la industria farmacéutica y a quienes están cercanos a ella, e incluso a los ministerios de Comercio, les gusta decir que la propiedad intelectual es el estímulo necesario para que haya innovación, que la innovación es compleja, costosa, lenta, y que vale lo que hay que pagar por ello. En los ministerios de Salud se ha ido generando una visión crítica, en el sentido de que no hay una relación entre lo que se cobra por la innovación y la utilidad en la innovación. Se

cobra demasiado y se obtiene relativamente poco. Como se ha dicho ya, en la OMS y en muchos otros ámbitos internacionales, la innovación que hoy se produce en el mundo no les sirve a los países en desarrollo porque no se hace investigación sobre los problemas más frecuentes y más serios. Para la Argentina, por ejemplo, el Chagas, del que hay muy poca innovación e investigación. Para otros países malaria, tuberculosis y otras enfermedades; cuestiones en las que no hay investigación porque no son los problemas de grandes mercados donde hay dinero.

Por otro lado, en nuestros países

también se nos muere la gente de cáncer, de enfermedades cardiovasculares, de diabetes, de enfermedades crónicas. El problema es que en eso sí hay innovación pero a unos precios que en nuestros países no se pueden pagar; especialmente porque en mayor o menor medida en nuestros países, países pobres, la gente paga el medicamento de su propio bolsillo. En los países ricos los pagan sistemas de cobertura, de distribución, de terceros pagadores, de seguridad social. Entonces, el sistema actual de innovación que tiene el mundo no nos resuelve los problemas; él mismo es un problema.

**–Una cuestión que está en fuerte debate a nivel internacional en estos momentos...**

–Es justamente lo que está en discusión en el famoso grupo intergubernamental IGWY estructurado por la Organización

Mundial de la Salud. Esta comisión de profesionales de alto nivel mundial, el profesor argentino Carlos Correa entre ellos, tiene un liderazgo muy fuerte en defensa de la situación de los países en desarrollo y ha sacado esa conclusión: el sistema actual de innovación no les sirve a los países pobres.

El IGWY se creó para analizar y discutir qué opciones hay. Y ahí hay un debate internacional muy complicado. Los países ricos dicen: “tenemos que buscar mecanismos de financiamiento, pero la innovación es con propiedad intelectual, patentes y ese tipo de restricciones”. Los países en desarrollo están diciendo: “no nos sirvió, pensemos en alternativas, no más patentes”. Ese es el punto de partida para discutir, ese es el debate internacional, vamos a ver cómo termina.

Por otra parte, esto también refleja un hecho que es objeto de mucha discusión: que la investigación para desarrollar medicamentos ya es un monopolio, está en manos solamente de las empresas multinacionales y hay muchos puntos oscuros, muchos puntos discutibles y criticables: la forma en cómo está funcionando esa investigación, cómo se conduce, cómo se manejan los resultados, quién la gestiona. Porque hay mucha gente que está totalmente en sus manos y se manipulan los datos, los resultados. Eso también requiere una revisión.

—¿Cuáles son los caminos que se abren para solucionar esto?

—Yo creo que felizmente —y a esto hay que promocionarlo con todas las fuerzas— se ha logrado una cierta identidad, con algu-



**Francisco Rossi Buenaventura es médico, epidemiólogo de la Universidad de Antioquia, Colombia. En ese país ha sido funcionario del Instituto Nacional de Salud, director de Vigilancia y Control del Ministerio de Salud y asesor de la Organización Panamericana de la Salud en política de medicamentos en Colombia, rol que también desarrolló en Bolivia. Ocupó la Dirección de Proyectos Especiales de la Red Nacional de Cooperativas de Hospitales de Colombia y se dedicó a la investigación de enfermedades de alto costo con Fedesalud y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia. Fue asesor de Ministerio de Salud colombiano en Política de Medicamentos y consultor del proyecto de propiedad intelectual del Centro de Pobreza del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.**

nas filtraciones, algunas disidencias de países en desarrollo. Se ha logrado dejar en claro en un espacio multilateral de discusión como lo es un organismo de Naciones Unidas que este es un

problema, una diferencia; en cierto modo un enfrentamiento, entre los intereses de países ricos y países pobres, países desarrollados y en desarrollo. Y hay un bloque de países en desarrollo que con mucho tiene un liderazgo muy fuerte, muy notable de Brasil, de Argentina, ha jugado un papel importante Bolivia, ha querido jugar un papel muy importante Surinam, por lo menos en aspectos de gestión y de capacidad de agrupación. Y en África, Kenia.

E incluiría también a India, China, Tailandia, tal vez no formando parte del mismo bloque; pero estando muy cerca en las posturas para que en los debates vaya a primar que los países en desarrollo somos más y debiéramos tener una influencia mayor, más voz y voto, en los espacios multilaterales, aunque los países desarrollados son muy hábiles...

—Entre los países desarrollados, ¿hay alguno que tenga una postura más conciliadora?

—No. En esto parecieran estar ha-

ciendo bloque, y para decirlo sin anestesia, están defendiendo los intereses de sus industrias con éxito. No de todas, porque en Estados Unidos y en Europa hay una industria de genéricos fuerte, pero a esa los gobiernos no la defienden.

**–No es la que más impuestos aporta...**

–No tanto por los impuestos, sino porque en la industria farmacéutica el lobby es un rubro de gastos, es una estrategia, y ponen mucho dinero en el lobby. Es famosa una estadística según la cual la industria paga más de un lobbista, más de un consejero, para cada congresista de los Estados Unidos. Y son normalmente ex congresistas a quienes les pagan buenas sumas. Sólo la industria farmacéutica tiene 1,33 lobbistas por cada congresista

norteamericano. Eso lo pagamos todos cuando compramos un medicamento de una multinacional, ahí hay una contribución para ese lobby.

**–¿Cómo se vive esta situación en Colombia, su país?**

–Desde hace algunos años trabajo con algunos grupos con los cuales estamos intentando que el personal de la salud se interese y se vincule a los temas de propiedad intelectual y trate sobre todo, especialmente en el caso de Colombia, de establecer cuáles son los impactos de la propiedad intelectual y básicamente tener herramientas para discutir de qué manera se defienden los derechos de salud pública o los intereses de la salud pública en las discusiones de propiedad intelectual. Estoy trabajando con una Organización

No Gubernamental de mi país, la Fundación IFARMA, que ha sido muy activa para realizar estudios de impacto, proyecciones de impacto de los tratados de libre comercio en Colombia especialmente, que es donde más ha habido dificultades con ese tema.

**–En Colombia hay desde hace años una red de cooperativas hospitalarias para la compra de medicamentos, ¿podría explicar su funcionamiento?**

–¿Cómo no! Es una experiencia muy interesante. Colombia, como la mayor parte de países hace veinte o treinta años, tenía en mente un modelo centralizado que, para el caso de los medicamentos, significaba que el Ministerio de Salud fuera el que los comprara y los distribuyera para el sector público, un sistema que ha funcionado en muy pocos países. En algunos ha tenido desarrollos interesantes, funciona en Chile, en Perú ahora. En este momento el Ministerio de Salud de Perú está comprando unos 300 productos a unos precios espectaculares y tienen un sistema de distribución que está funcionando bastante bien. Perú está haciendo un trabajo muy, muy, interesante.

Pero a nosotros, en Colombia, este sistema no nos funcionó, al igual que en muchos otros países. Como suele suceder en las naciones de América latina –en las cuales tenemos un movimiento pendular, vamos de un extremo a otro– la decisión que se tomó fue descentralizar por completo los sistemas de compra, suministro y demás. Los hospitales, principalmente por iniciativa propia, decidieron agruparse regionalmente y asociarse en cooperativas. Estas co-

“La investigación para desarrollar medicamentos ya es un monopolio, está en manos solamente de las empresas multinacionales y hay muchos puntos oscuros, muchos puntos discutibles y criticables”.

## Cine y remedio

El Dr. Rossi recomienda una película que grafica algunas de las cuestiones que lo ocupan y está lejos de los estereotipos hollywoodenses. “Es una película comercial –aclara–, ‘El jardinero fiel’ –aclara–. Es justamente sobre la manipulación de los estudios clínicos y de los pacientes, de los extremos a los que se puede llegar por hacer rentable una inversión, que es buena parte del problema que estamos tratando”. Dirigida por Fernando Meirelles, el brasileño creador de “Ciudad de Dios”, esta producción inglesa de 2005 transcurre entre los pasillos de las villas de Nairobi y las calles de ciudades europeas. En ella se muestran maniobras de la industria farmacéutica que cambian la vida de un diplomático

europeo y su esposa ante la pasividad de gobiernos y organismos internacionales. Más allá de numerosos elogios a casi todos sus aspectos técnicos, algunos críticos sostienen que su principal defecto es que también en este caso la realidad supera a la ficción.



operativas son las encargadas de comprar medicamentos, de distribuirlos y además prestan servicios de apoyo, servicio técnico y capacitación para el manejo del sistema de suministros.

“Ese esfuerzo por poner un poquito de orden en el mercado –un mercado muy desordenado y muy guiado por el ánimo de lucro– usando solo el verdadero nombre científico de los medicamentos en la receta es un ejemplo de racionalidad”.

**–Fue una decisión de los hospitales, no de las autoridades o el Ministerio...**

–Fue una iniciativa totalmente de los hospitales. El Ministerio encontró esta experiencia y la promovió, la articuló y se generaron nuevas cooperativas. Creo que el 70 por ciento de los hospitales colombianos están afiliados a alguna de estas cooperativas, que luego formaron una agrupación que determinó la creación de la Red Nacional de Cooperativas, la cual en los últimos años se ha concentrado básicamente en los medicamentos de alto costo.

Las cooperativas combinan un par de cosas que no son fáciles de lograr para un sistema de salud. Los medicamentos llegan al lugar indicado en el momento debido, eso funciona. Los obtienen a niveles de precios muy, muy, razonables que de paso financian a la cooperativa. La cooperativa compra muy barato, cobra una pequeña comisión a los hospitales por hacerles la compra y con esto cumple con las necesidades de los hospitales.

**–¿Hace cuánto existe este sistema de compras por cooperativas?**

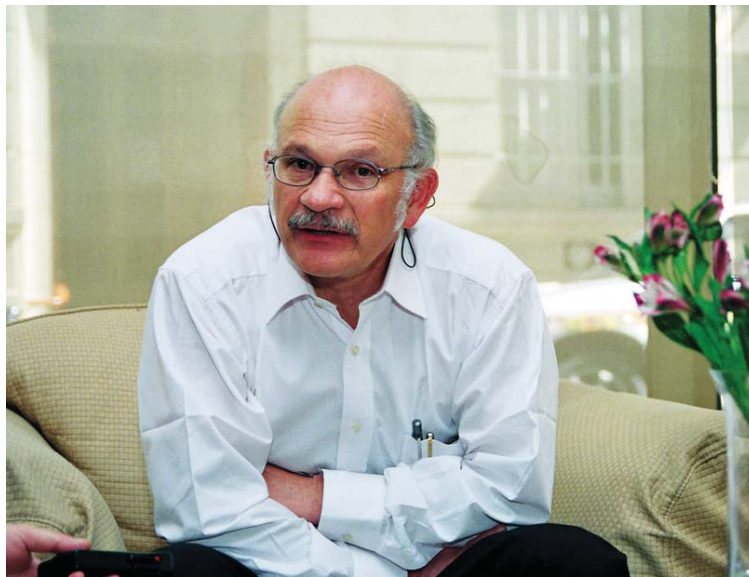
–Las más viejas ya van a cumplir veinte años. Este sistema tuvo su auge hace unos cinco años. Ha tenido dificultades que se derivan del proceso de pasar las responsabilidades del sistema de salud al sector privado. Los hos-

pitales han perdido mucho peso en el sistema de salud colombiano. El sector público ha perdido mucho peso como prestador, ha perdido muchas coberturas. Se han cerrado hospitales, se los ha reducido, porque de alguna manera en la reforma colombiana se considera que el papel del sector público es regulador y vigilante, y el papel del sector privado es la prestación de servicios. Eso le ha quitado peso a los hospitales y a las cooperativas, pero sin duda sigue siendo una experiencia valiosa.

**–¿Ha estudiado la cuestión de los medicamentos en la Argentina?**

–Sí, pues estamos muy cerca, hemos seguido muy de cerca experiencias como el programa Remediar, una de las más conocidas internacionalmente en este

tema y, sobre todo, hemos participado de numerosos debates en los cuales hemos compartido muchas posturas con funcionarios del Ministerio de Salud de la Argentina. Sobre todo en la cuestión de los genéricos, porque Remediar es un programa para promover este tipo de medicamentos, las discusiones sobre ellos y –sobre todo– el uso en la receta de la denominación común internacional. Y ese esfuerzo por poner un poquito de orden en el mercado –un mercado muy desordenado y muy guiado por el ánimo de lucro– en el que usar el verdadero nombre científico de los medicamentos es un ejemplo de verdadera racionalidad. Pone orden también para que se agrupen compras, para que se escoja una lista acotada de productos y se pueda prestar



un enorme servicio, en salud pública, a los pacientes. Es un enorme servicio a los pacientes con medidas que son muy poquitas, dos o tres; pero que son muy simples y muy profundas. Recetar por el nombre común internacional, comprar una lista aco-

tada de los productos de mayor uso y necesidad del país, escogidos con el criterio de que resuelvan los problemas más frecuentes de los más pobres; y generar un sistema de suministro. Eso es Remediar, literalmente y en el amplio sentido de la palabra.

“La industria farmacéutica tiene 1,33 lobbistas por cada congresista norteamericano. Eso lo pagamos todos cuando compramos un medicamento de una multinacional, ahí hay una contribución para ese lobby”.