

Acceso a medicamentos esenciais: falamos simplemente do dereito á vida

Arceo Túñez, A.

Médico residente de MFC. Unidade Docente de Santiago de Compostela

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 126-128

É certo que os adiantos na ciencia e na medicina nos últimos trinta anos atoparon solucións para a maioría dos problemas e necesidades das persoas nos países ricos e supuxeron un aumento da lonxevidade. Tamén é certo que esta realidade é moi diferente nos países pobres. A falla de acceso a medicamentos esenciais para doenzas transmisibles, potencialmente curables, causa a morte anualmente a 17 millóns de persoas. Según estimacións da OMS, 2000 millóns de persoas non teñen acceso a medicamentos. Isto representa un tercio da poboación mundial, e en continentes como Asia ou África esta cifra é do 50%, é dicir, unha de cada dúas persoas necesitadas de tratamento non teñen acceso o mesmo.

A investigación para doenzas que afectan sobre todo a países pobres casi ten desaparecido. As industrias farmacéuticas multinacionais continúan dando prioridade á rentabilidade económica, preferindo centrarse en novos medicamentos para tratar doenzas como a obesidade, a disfunción eréctil ou a alopecia en Europa, Norteamérica e Xapón, cando aínda non existen tratamentos eficaces para a malaria ou a leishmaniose.

En moitas das doenzas letais como a tuberculose, a enfermidade do sono, ou o VIH/SIDA, os obstáculos para o tratamento non resultan dunha falla de medicamentos, senón en que os existentes son demasiado caros, xa non se fabrican, non son de calidade nin eficaces.

A dimensión do problema trascende do ámbito sanitario, supón tamén un problema social, económico e ético. Cando sabemos que a mortandade e morbilidade destas doenzas nos países pobres está afectando á poboación dun país na súa franxa de idade máis productiva e polo tanto afecta ó seu desenvolvemento. Cando sabemos que existe o coñecemento suficiente para por en marcha políticas que solucionarían o problema, e en cambio non se implementan, nos preguntamos: ¿qué é o que falla?, ¿quen olvida esta realidade?

Como organización médica humanitaria, Médicos Sen Fronteiras (MSF) considera inaceptable que o acceso a medicamentos vitais sexa cada vez máis difícil, especialmente cando falamos de doenzas infecciosas, potencial-

mente curables. O persoal de MSF que traballa no terreo ve como mulleres, nenos e homes sofren e morren tódolos días de SIDA, tuberculose, malaria, enfermidade de Chagas, leishmaniose, doenza do sono, e outras doenzas porque non existe ou por non ter acceso ó seu tratamento.

Nacemento da CAME. Como resposta a esta crise, en Novembro de 1999, MSF decide empregar os cartos recibidos polo Premio Nobel da Paz, en crear a Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciais, coa que pretende sensibilizar á opinión pública, institucións políticas e á industria farmacéutica, para que aúnen esforzos en facilitar o acceso a medicamentos esenciais nos países pobres.

De ámbito internacional, esta campaña ten como principal obxectivo: REDUCIR A DIFERENCIA ENTRE OS PAÍSES RICOS E POBRES EN CANTO Ó ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIAIS.

Aséntase en tres pilares:

1. Globalización e humanización dos acordos de comercio.
2. Superar as barreiras no acceso a medicamentos esenciais.
3. Estimular a investigación e desenvolvemento (I+D) para doenzas esquecidas.

1. Globalización e humanización dos acordos de comercio.

A liberarización do comercio mundial, a crecente competencia entre as empresas e os custos cada día maiores de I+D e marketing de novos produtos impulsaron a fusión de decenas de compañías farmacéuticas, creando un puñado de grandes transnacionais que compiten nun mercado mundial de medicamentos. Neste mercado global os prezos dos medicamentos esenciais son decididos aplicando estratexias de maximización do beneficio global. Como consecuencia, os gobernos nacionais van perdendo a capacidade de influir nos prezos para poder adaptalos ás necesidades e á capacidade adquisitiva da súa poboación, negando a amplios sectores a posibilidade de acceder a medicamentos para mante-la súa vida ou saúde.

MSF aboga porque os prezos dos medicamentos se rixan polo *principio de equidade*: "os pobres deberían pagar menos polos medicamentos esenciais e ter acceso ós mesmos." Os países máis pobres representan unha pequenísima

ma parte do mercado mundial de medicamentos (exemplo: África 1'2%) polo que o prezo de venda nestes países apenas repercutiría nos ingresos das empresas. Ademais, o custe de fabricación dos novos medicamentos baixo patente só supón unha pequena parte do prezo final de venda, a diferenza débese a I+D, marketing, outros gastos fixos e beneficios (exemplo: o custe de fabricación do antirretroviral efavirenz supón un 7% do seu prezo final nos EEUU). Isto significa que as empresas poderían manter un prezo elevado dos medicamentos nos mercados dos países ricos, e un prezo moito máis baixo nos países en desenvolvemento. Pola contra, investigacións realizadas por MSF amosan que algúns medicamentos patentados son incluso máis caros nos países pobres que en Europa e Norteamérica. Un exemplo é a mefloquina, un medicamento antimalárico, que é dúas veces máis caro en Tanzania que en Noruega. Ante os altos prezos dos novos medicamentos patentados, algúns dos cales son esenciais para a saúde dos cidadáns, os gobernos dispoñen dunha ferramenta: *a competencia con medicamentos xenéricos*. Ata agora, cando un goberno consideraba que o prezo de venda no seu país dun medicamento patentado era demasiado elevado, tiña a posibilidade de outorgar un permiso á industria nacional para fabricalo, aínda sen permiso do propietario da patente (licencia obligatoria) ou importalo de outro país onde fose máis barato (importación paralela). Na maioría dos casos, a simple existencia desta posibilidade facía que o fabricante do medicamento patentado accedese a reducir considerablemente o prezo tras negociar co goberno. Un exemplo claro é o de Brasil: tras rexistrar un aumento alarmante no número de persoas con VIH, o goberno negociou con varias compañías farmacéuticas unha redución drástica dos prezos dos antirretrovirais, logrando unha redución media dun 92% do prezo de venda. Gracias a elo, Brasil é o único país en desenvolvemento que ofrece a tódolos doentes de SIDA tratamento con antirretrovirais.

Ata 1994, cada país podía definir a súa política de saúde e producir medicamentos xenéricos para garantir a Saúde Pública. Ante esta nova competencia as compañías orixinais e os gobernos que as sustentan iniciaron unha ofensiva para limita-lo desenvolvemento dos medicamentos xenéricos. En 1994, baixo a presión dalgún dos gobernos dos países ricos, tódolos países membros da OMC (Organización Mundial do Comercio) firmaron un acordo chamado ADPIC (Acordo dos Dereitos de Propiedade Intelectual relativos ó Comercio), baixo o cal xa non é posible producir un medicamento ou compralo no extranxeiro

sen autorización do propietario da patente, que a mantén como mínimo durante 20 anos. Os ADPIC prevén cláusulas de excepción en casos de emerxencia sanitaria ou de freno á competencia, aínda que de maneira moi excepcional e baixo moi estritas condicións.

MSF non avoga pola abolición do sistema de patentes, pero considera que a protección da vida humana debe ir por diante da protección da propiedade intelectual, tal e como foi recoñecido na Declaración de Doha firmada en Novembro do 2001 polos membros da OMC, que afirma que o acordo ADPIC "*pode e deberá ser interpretado e aplicado de xeito que apoie o dereito dos Membros da OMC de protexer a saúde pública e en particular de promover o acceso ós medicamentos para todos*". Esta declaración facilitaba a utilización de medicamentos xenéricos e supuxo unha victoria dos países pobres.

Pero desde ese momento as compañías farmacéuticas e algúns países ricos traballan para limitar ó máximo seus efectos prácticos. Para elo, países como EEUU están firmando acordos rexionais e bilaterais (ALCA, CAFTA...) que inclúen cláusulas que transforman Doha en papel mollado, presionan ós gobernos dos países en vías de desenvolvemento e intentan desprestigiar os xenéricos lanzando dúbidas sobre a súa calidade.

Para lograr unha redución dos prezos dos medicamentos, MSF aposta pola implementación de regras comerciais que protexan o acceso das poboacións a estes bens esenciais, así como a produción local de medicamentos de calidade e a importación de medicamentos máis baratos. Para conquistar estes obxectivos, MSF presiona para lograr cambios nas políticas nacionais informando ós gobernos locais, e a nivel internacional presionando a institucións multilaterais como OMS, OMC ou á Unión Europea.

2. Superar as barreiras no acceso a medicamentos esenciais.

A disponibilidad de medicamentos pode verse afectada por factores relacionados coa produción. Moitos dos empregados no tratamento das doenzas tropicais están deixando de producirse porque non resultan economicamente rentables. Este é o caso do cloranfenicol en suspensión oleosa, extremadamente útil na meninxite meningocócica subsahariana pola súa eficacia, doada administración e reducido custe. Na mesma situación se atopan os fármacos activos contra a leishmaniose visceral ou a efortina para a doenza do sono.

O escenario se complica aínda máis porque en moitos países existen laboratorios locais que non cumpren cos estándares de calidade na produción. En certos países, existen

mafias dedicadas á falsificación que fabrican copias coa aparencia de medicamentos comerciais coñecidos.

MSF considera que é necesario *garantir a produción de medicamentos esenciais de calidade* para tratar doenzas que afectan a miles de persoas e urxe a que se reforce o proxecto *piloto de precalificación da OMS*, garantindo que sexa unha función permanente do Programa de Política de Medicamentos Esenciais (EDM). Este proxecto evalúa produtos farmacéuticos de todo o mundo (orixenarios e xenéricos) segundo os estándares de calidade, seguridade e eficacia da OMS.

3. Estimular a investigación e desenvolvemento (I+D) para enfermidades esquecidas. *A crecente resistencia ós medicamentos, os efectos adversos e a falla de viabilidade dos protocolos actuais sinalan a necesidade dunha maior I+D para enfermidades que afectan maioritariamente a países empobrecidos. Dos 1393 novos fármacos aprobados entre 1975 e 1999, só 13 (menos do 1%) estaban indicados para tratar doenzas tropicais, e a maioría foron resultado da investigación veterinaria.*

Durante dous anos un grupo de traballo liderado por MSF, do que máis adiante xurdiu o DNDi, realizou unha análise no cal se constatou unha falla de liderazago político por parte das autoridades públicas para fomentar a I+D de novos medicamentos que permitiu á industria farmacéutica privada fixar prioridades en función de criterios de rentabilidade económica.

MSF avoga porque *se regule a nivel internacional e se designen máis fondos públicos para a I+D das doenzas esquecidas.*

É necesaria una vontade política internacional dos Estados, para que en coordinación coa Organización Mundial da Saúde (OMS), a industria farmacéutica, as asociacións de doentes e médicos e as organizacións non gubernamentais se presione para reanudar a produción de medicamentos

abandonados, se invirta máis en investigación e desenvolvemento de novos medicamentos e se establezca unha política real de diferenciación de prezos, que se traduzca en prezos asequibles para os doentes dos países pobres.

Se quere recibir máis información, non dubide en contactar con:

- Ana Arceo Túñez, médico residente de familia da Unidade Docente de Santiago de Compostela, voluntaria da Campaña de Acceso de Medicamentos Esenciais de MSF. anartu25@yahoo.es
- Nora Uranga Celaya, coordinadora da Campaña para o Acceso a Medicamentos Esenciais de MSF nora.uranga@madrid.msf.org

Dirección internet: www.msf.es (campañas)

BIBLIOGRAFÍA

- 1- World Health Statics Annual 1996. Geneva. WHO: 1998
- 2- Perez Casas, C. Diferencia de precios de fluconazol: consecuencias y conclusiones. Médicos sin Fronteras: 2000
- 3- Comparación de los precios de medicamentos antirretrovirales de Brasil, ONUSIDA (no publicado)
- 4- Perez Casas, C. Informe sobre el precio de medicamentos para el VIH/SIDA. Definiendo objetivos: ¿Existe voluntad política? Médicos sin Fronteras: 2000
- 5- O'Brien KL, Selanikio GD, Hecdivert C, et al. Epidemic of pediatric deaths from acute renal failure caused by diethylene glycol poisoning. JAMA, 1998;279:1175-80
- 6- Pecoul B KL, Chirac P, Trouiller P, Pinel J. Access To Essential Drugs In Poor Countries :a Lost Battle?. JAMA, 1999;281:361-7
- 7- OMS, 1996. Quinto informe del comité de expertos de la OMS, serie de Informes Técnicos de la OMS, 825, pág 4
- 8- Laing R, Waning B, Gray A, Ford N, Hoen E. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. Lancet 2003;361:1723-29
- 9- Marco Blanco, P. Globalización y acceso a medicamentos. Médicos sin Fronteras: 2004