

Año 5 • Número 8
Junio de 2008

Edición en Español

● Martín Abregú

Derechos humanos para todos: de la lucha contra el autoritarismo a la construcción de una democracia inclusiva – una mirada desde la Región Andina y el Cono Sur

● Amita Dhanda

Construyendo un nuevo léxico de derechos humanos: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

● Laura Davis Mattar

Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales – un análisis comparativo con los derechos reproductivos

● James L. Cavallaro y Stephanie Erin Brewer

La función del litigio interamericano en la promoción de la justicia social

DERECHO A LA SALUD Y ACCESO A MEDICAMENTOS

● Paul Hunt y Rajat Khosla

El derecho humano a los medicamentos

● Thomas Pogge

Medicamentos para el mundo: impulsar la innovación sin obstaculizar el libre acceso

● Jorge Contesse y Domingo Lovera Parmo

Acceso a tratamiento médico para personas viviendo con vih/sida: éxitos sin victoria en Chile

● Gabriela Costa Chaves, Marcela Fogaça Vieira y Renata Reis

Acceso a medicamentos y propiedad intelectual en Brasil: reflexiones y estrategias de la sociedad civil



SUR – REVISTA INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS es una revista semestral publicada en inglés, portugués y español por Sur – Red Universitaria de Derechos Humanos. Disponible en Internet en <www.surjournal.org>

A Sur – Revista Internacional de Derechos Humanos está indexada en *International Bibliography of the Social Sciences* (IBSS).

CONSEJO EDITORIAL

Christof Heyns
Universidad de Pretoria (Sudáfrica)

Emilio García Méndez
Universidad de Buenos Aires (Argentina)

Fifi Benaboud
Centro Norte-Sur del Consejo de la Unión Europea (Portugal)

Fiona Macaulay
Universidad de Bradford (Reino Unido)

Flavia Piovesan
Pontificia Universidad Católica de São Paulo (Brasil)

J. Paul Martin
Universidad de Columbia (Estados Unidos)

Kwame Karikari
Universidad de Ghana (Ghana)

Mustapha Kamel Al-Sayyed
Universidad de El Cairo (Egipto)

Richard Pierre Claude
Universidad de Maryland (Estados Unidos)

Roberto Garretón
Ex – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Chile)

EDITORES

Pedro Paulo Poppovic
Oscar Vilhena Vieira

EDITORAS EJECUTIVAS

Daniela Ikawa
Juana Kweitel

EDICIÓN

Daniela Ikawa

DISEÑO GRÁFICO

Oz Design

EDICIÓN DE ARTE

Alex Furini

COLABORACIONES

Catharina Nakashima, Christian Barry, David Alvarez, Fred Hasselquist, Kevin Outtersson, Leah Tandeter, Luara Ferracioli y Marcela Vieira

DISTRIBUCIÓN

Catharina Nakashima

IMPRESIÓN

Prol Editora Gráfica Ltda.

SUSCRIPCIÓN Y CONTACTO

Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos
Rua Pamplona, 1197 – Casa 4
São Paulo/SP – Brasil – CEP 01405-030
Tel. (5511) 3884-7440 – Fax (5511) 3884-1122
E-mail <surjournal@surjournal.org>
Internet <www.surjournal.org>

Agradecemos por el apoyo financiero de la Fundación Ford, Fondo de las Naciones Unidas para la Democracia y de la Fundación de las Naciones Unidas.

SUR – RED UNIVERSITARIA DE DERECHOS HUMANOS es una red de académicos cuya misión es fortalecer la voz de las universidades del Hemisferio Sur en el debate sobre derechos humanos y justicia social, así como promover una mayor cooperación entre estas y las Naciones Unidas. SUR es una iniciativa de Conectas Derechos Humanos, una organización internacional sin fines de lucro con sede en Brasil. (Sitios de Internet: www.conectas.org y www.conectasur.org)

CONSEJO CONSULTIVO

Alejandro M. Garro
Universidad de Columbia (Estados Unidos)

Antonio Carlos Gomes da Costa
Modus Faciendi (Brasil)

Bernardo Sorj
Universidad Federal de Rio de Janeiro/Centro Edelstein (Brasil)

Bertrand Badie
Sciences-Po (Francia)

Cosmas Gitta
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (Estados Unidos)

Daniel Mato
Universidad Central de Venezuela (Venezuela)

Ellen Chapnick
Universidad de Columbia (Estados Unidos)

Ernesto Garzon Valdés
Universidad de Maguncia (Alemania)

Fateh Azzam
Representante Regional, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (Libano)

Guy Haarscher
Universidad Libre de Bruselas (Bélgica)

Jeremy Sarkin
Universidad de Western Cape (Sudáfrica)

João Batista Costa Saraiva
Tribunal Regional de Niños y Adolescentes de Santo Ângelo/RS (Brasil)

José Reinaldo de Lima Lopes
Universidad de São Paulo (Brasil)

Julia Marton-Lefevre
Universidad para la Paz (Costa Rica)

Lucía Dammert
FLACSO (Chile)

Luigi Ferrajoli
Universidad de Roma (Italia)

Luiz Eduardo Wanderley
Pontificia Universidad Católica de São Paulo (Brasil)

Malak Poppovic
Fundación de las Naciones Unidas (Brasil)

María Filomena Gregori
Universidad de Campinas (Brasil)

María Herminia Tavares de Almeida
Universidad de São Paulo (Brasil)

Miguel Cillero
Universidad Diego Portales (Chile)

Mudar Kassis
Universidad Birzeit (Palestina)

Paul Chevigny
Universidad de Nueva York (Estados Unidos)

Philip Alston
Universidad de Nueva York (Estados Unidos)

Roberto Cuéllar M.
Instituto Interamericano de Derechos Humanos (Costa Rica)

Roger Raupp Rios
Universidad Federal de Rio Grande do Sul (Brasil)

Shepard Forman
Universidad de Nueva York (Estados Unidos)

Victor Abramovich
Universidad de Buenos Aires (UBA)

Victor Topanou
Universidad Nacional de Benin (Benin)

Vinodh Jaichand
Centro Irlandés de Derechos Humanos, Universidad Nacional de Irlanda (Irlanda)

CONTENIDOS

MARTÍN ABREGÚ	7	Derechos humanos para todos: de la lucha contra el autoritarismo a la construcción de una democracia inclusiva - una mirada desde la Región Andina y el Cono Sur
AMITA DHANDA	43	Construyendo un nuevo léxico de derechos humanos: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
LAURA DAVIS MATTAR	61	Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales – un análisis comparativo con los derechos reproductivos
JAMES L. CAVALLARO y STEPHANIE ERIN BREWER	85	La función del litigio interamericano en la promoción de la justicia social
Derecho a la salud y acceso a medicamentos		
PAUL HUNT y RAJAT KHOSLA	101	El derecho humano a los medicamentos
THOMAS POGGE	123	Medicamentos para el mundo: impulsar la innovación sin obstaculizar el libre acceso
JORGE CONTESSE y DOMINGO LOVERA PARMO	151	Acceso a tratamiento médico para personas viviendo con vih/sida: éxitos sin victoria en Chile
GABRIELA COSTA CHAVES, MARCELA FOGAÇA VIEIRA y RENATA REIS	171	Acceso a medicamentos y propiedad intelectual en Brasil: reflexiones y estrategias de la sociedad civil
Anexo		
	A	Anexo - Centros de Derechos Humanos

PRESENTACIÓN



Con vistas a buscar diferentes perspectivas y de tratar temas de forma especializada, Conectas Derechos Humanos se ha asociado con organizaciones no gubernamentales de derechos humanos de diversas partes del mundo. En este número de Sur – Revista Internacional de Derechos Humanos, que enfoca fundamentalmente el acceso a medicamentos, fue producido en forma conjunta con la Asociación Brasileña Interdisciplinar de SIDA - ABIA.

Fundada en 1987, ABIA tiene por misión promover el acceso al tratamiento y a la asistencia de personas que viven con VIH y SIDA. Siguiendo esta línea, ABIA ha venido monitoreando políticas públicas y formulado proyectos en educación, prevención y acceso a la información relativa al VIH-SIDA. ABIA también coordina el Grupo de Trabajo sobre Propiedad Intelectual de la Red Brasileña por la Integración de los Pueblos - GTPI – REBRIP, buscando resistir y ampliar el debate sobre los impactos nocivos de las reglas rígidas de propiedad intelectual en el campo del acceso a medicamentos esenciales, además de contribuir a la construcción de alternativas al modelo vigente.

Este octavo número de la Revista Sur está dividido en dos partes: la primera versa específicamente sobre el acceso a medicamentos, mientras que la segunda trata otras cuestiones que marcan el escenario de los derechos humanos en este momento.

A partir de la discusión sobre el acceso a medicamentos se debaten problemas centrales que atañen a la interfaz entre derechos humanos y comercio internacional. Estas cuestiones versan sobre el conflicto entre el derecho humano a la salud y la protección a innovaciones farmacéuticas; la responsabilización de empresas; la utilización de las flexibilidades del sistema de protección de la propiedad intelectual para garantizar el derecho a la salud; y la construcción del debate público por el uso político del poder judicial.

En el artículo de Chaves, Vieira y Reis se discute el sistema de protección a la propiedad intelectual a partir del caso brasileño. La relevancia del caso brasileño se basa tanto en la adopción por parte de Brasil de una política de acceso universal a medicamentos para el tratamiento del SIDA como en la reciente adopción de una licencia obligatoria para la provisión de medicamentos antirretrovirales. El modelo de acceso universal y la adopción de la licencia obligatoria representan hitos importantes para el reconocimiento de la primacía de los derechos humanos sobre los intereses económicos. Presentan también las principales estrategias de acción adoptadas por un grupo de la sociedad brasileña con fuerte actuación en el tema para

enfrentar los principales problemas y desafíos identificados como resultado de la protección a la propiedad intelectual. La visibilidad de esas estrategias es importante pues amplía la posibilidad de intercambio de experiencias con otros grupos de activistas del Sur.

En el artículo de Pogge el autor discute el argumento de que el régimen de patentes estimula la innovación farmacéutica. Para el autor, este régimen fortalece los monopolios, y la concentración de la investigación en el tratamiento de los síntomas de enfermedades crónicas, y no en sus causas. Por otro lado, se relega a una posición secundaria el tratamiento de enfermedades específicas de las poblaciones más pobres, por ser menos rentable, ocasionando de esta manera que se produzcan muertes evitables. El autor no se contenta, sin embargo, con denunciar un problema. Presenta una propuesta complementaria al régimen de patentes: un Fondo de Impacto sobre la Salud Global financiado por los gobiernos. Este Fondo estimularía el desarrollo de nuevos medicamentos con la promesa de recompensar a los innovadores exitosos en proporción al impacto de cada medicamento sobre la carga global de enfermedades.

En el artículo de Hunt y Khosla, se aborda la responsabilidad de las empresas farmacéuticas y se presentan parámetros normativos para la supervisión de la realización del derecho a la salud. En este sentido, el artículo escrito por el *Rapporteur* de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud se aproxima a un *soft law* contribuyendo a la estructuración de este derecho en lo que atañe al acceso a medicamentos.

En el último artículo de esta primera parte de la Revista, de autoría de Contesse y Lovera, la cuestión del acceso a medicamentos se analiza a partir de casos individuales que retratan la perspectiva de aquellos que carecen de acceso a medicamentos en Chile. Los autores muestran de qué manera el litigio puede utilizarse políticamente para crear un debate público propicio para sensibilizar al Poder Ejecutivo y al Legislativo y para impulsar nuevas políticas públicas.

En la segunda parte de este número de la Revista se aborda la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales (Cavallaro y Brewer); la creciente consolidación de los derechos sexuales como derechos autónomos (Mattar); la elaboración participativa y la adopción de un nuevo tratado internacional sobre derechos de personas con deficiencias (Dhanda); y los desafíos enfrentados hoy por organizaciones no gubernamentales de derechos humanos (Abregu).

Queremos agradecer a los siguientes profesores y colaboradores por su contribución a la selección de los artículos para este número: Alejandro Garro, Bernardo Sorj, Carlos Correa, Denise Hirao, Frans Viljoen, J. Paul Martin, Jeremy Julian Sarkin, Juan Amaya, Julieta Rossi, Mustapha Al-Sayyed, Richard Pierre Claude, Roberto Garretón, Roger Raupp Ríos, Vinodh Jaichand.

Finalmente quisiéramos anunciar que la próxima edición de la Revista SUR será un número especial conmemorativo de los 60 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El próximo número será publicado en colaboración con el *International Service for Human Rights*. La Revista contará también con artículos sobre otros temas.

Los Editores



THOMAS POGGE

Profesor de Filosofía y de Asuntos Internacionales en la Universidad de Yale, Profesor visitante del Centro de Filosofía Aplicada y Ética Pública (Australian National University) y Director de Investigaciones en el Centre for the Study of Mind in Nature (Universidad de Oslo). Su último libro es *La Pobreza en el Mundo y los Derechos Humanos*, Barcelona, Paidós, 2005.

Dirección: Yale Philosophy Department

Connecticut Hall New Haven, CT 06520-8360

e-mail: thomas.pogge@yale.edu

RESUMEN

El Acuerdo ADPIC/TRIPS, al imponer unos precios sobre los medicamentos avanzados más allá del alcance de los pobres y al fomentar la ignorancia de las enfermedades que más les afectan, produce muertes y enfermedades evitables a una escala descomunal. Esta injusticia puede ser remediada a través de un Fondo de Impacto sobre la Salud que otorga a los propietarios de patentes la opción de establecer los precios de cualquier nuevo medicamento a nivel del costo a cambio de una recompensa monetaria anual en función en el impacto de este medicamento sobre la salud global.

Original en inglés. Traducido por Alex Ferrara.

PALAVRAS CLAVE

Compromiso Anticipado de Comercialización– Enfermedad – Fondo de Impacto sobre la Salud – Incentivos – Justicia – Medicina – Monopolio – Patente – Pobreza – Bien Público – Investigación – Derechos - ADPIC/TRIPS



Este artículo es publicado bajo licencia *creative commons*.

Este artículo está disponible en formato digital en <www.surjournal.org>.

MEDICAMENTOS PARA EL MUNDO: IMPULSAR LA INNOVACIÓN SIN OBSTACULIZAR EL LIBRE ACCESO

Thomas Pogge

Antecedentes

En un ensayo previo para la Revista Sur¹ describí la desigualdad radical que plaga nuestro mundo. Según los tipos de cambio actuales, la mitad más pobre de la población mundial - unos 3.400 millones de personas – posee menos del 2% de los ingresos globales, contra un 6% de los ingresos globales distribuido entre el 1% más rico de los hogares estadounidenses, que consta sólo de tres millones de personas.² La mitad inferior de la humanidad posee alrededor del 1% de la riqueza global, contra el 3% que está en manos de los 946 multimillonarios del mundo.³ Dichas desigualdades entre individuos son pasmosas. Y siguen aumentando con rapidez, no sólo globalmente,⁴ sino también dentro de la mayoría de los países. En los Estados Unidos, por ejemplo, la mitad más pobre de la población vio como su participación en la renta nacional se reducía de 26,4% a 12,8% entre 1979 y 2005, mientras que los más ricos dentro de la jerarquía de ingresos del uno por ciento aumentaron su proporción de 9% a 21,2%.⁵ En China, durante el periodo 1990-2004, la participación en la renta nacional de la mitad más pobre bajó del 27% al 18%, mientras que la décima parte más rica la aumentó del 25% al 35%.⁶ En las décadas recientes, la desigualdad de ingresos ha ido declinando claramente sólo en cuatro países. Brasil es uno de estos cuatro, pero sigue estando entre las sociedades más desiguales, con la mitad más pobre que gana sólo el 14% de todos los ingresos de hogares, contra el 45% percibido por el 10% más rico.⁷

Tales desigualdades son particularmente sorprendentes cuando los más pobres no sólo carecen de dinero para gastos personales, negándoseles los juguetes

Ver las notas del texto a partir de la página 143.

de los ricos, sino que carecen de los bienes para satisfacer las necesidades básicas de la vida. Y éste es en verdad el caso, tanto globalmente como en la mayoría de los países. La pobreza que padece la parte más pobre de la humanidad presenta peligros serios para su salud y su supervivencia. Los pobres en todo el mundo enfrentan mayores riesgos medioambientales que el resto de nosotros, debido al agua contaminada, a la suciedad, a la polución, a los parásitos y a los insectos. Están expuestos a mayores peligros por la gente que los rodea: por el contrabando, el crimen, las enfermedades contagiosas y las crueldades de los más acaudalados. Carecen de medios para protegerse y proteger a sus familias contra los riesgos, como sería el caso si dispusieran de agua limpia, comida nutritiva, higiene adecuada, descanso abundante, ropa apropiada y refugio seguro. Carecen de los medios para hacer valer sus derechos legales o para conseguir una reforma política. Debido a la extrema necesidad o a las deudas, con frecuencia están obligados a enfrentar riesgos adicionales de salud, como vender un riñón, por ejemplo, o aceptar trabajo peligroso dentro de la prostitución, la minería, la construcción, el servicio doméstico, la industria textil o la manufactura de alfombras. Carecen de reservas financieras y de acceso a las fuentes públicas de conocimiento y de tratamientos médicos, y deben hacer frente, por lo tanto, a menores probabilidades para recuperarse de una enfermedad. Al reforzarse entre sí, todos estos factores garantizan que los pobres carguen con un peso inmensamente desproporcionado de enfermedades – sobre todo las contagiosas, maternas, perinatales y nutricionales- así como con una cuota desproporcionada de muertes prematuras. Un tercio de todas las muertes cada año, que suman 18 millones, se deben a causas relacionadas con la pobreza. Dichas tasas mayores de morbilidad y de mortalidad prematura conllevan, a su vez, grandes cargas económicas que mantienen a la mayoría de los pobres atrapados en una pobreza de por vida.

Dicho ciclo reforzado mutuamente entre la pobreza y la enfermedad puede romperse reduciendo o erradicando la pobreza aguda. He sostenido que eso puede lograrse efectivamente por medio de la reforma de varias características de los acuerdos institucionales globales que, beneficiando a los más acaudalados y sostenidos por ellos, contribuyen en gran medida a la persistencia de la pobreza.⁸ Pero también es posible obtener un progreso importante contra la tasa de morbilidad global* (GDB) de un modo más directo. Las tasas de mortalidad y morbilidad actuales pueden reducirse considerablemente, si se reforma el modo de financiar el desarrollo de los nuevos tratamientos médicos. Delinearé un plan de reforma concreto, factible y políticamente realista que daría a los innovadores médicos incentivos financieros estables y fiables para abordar las enfermedades de los pobres. Si se adoptara, este plan apenas gravaría el costo general de la atención sanitaria global. De hecho, la reforma ahorraría incluso dinero para cualquier administración que tuviera en cuenta las gigantescas pérdidas económicas

ocasionadas por la actual GDB. Más aún, distribuiría el costo del cuidado de la salud global gastando más equitativamente entre los países, entre las generaciones y entre aquellos afortunados que gozan de buena salud y entre los desafortunados que padecen enfermedades graves.

El problema

Tradicionalmente, dos fuentes principales han incentivado el progreso médico: la financiación gubernamental y las ganancias por ventas. La primera – otorgada a las universidades, corporaciones, otras organizaciones de investigación e instituciones gubernamentales de investigación como los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU. y el Fiocruz (Fundación Oswaldo Cruz) – ha sido el típico caso de financiación de promoción (“*push*”), centralizada en la investigación básica. Las ganancias por ventas, generalmente obtenidas por las corporaciones, han financiado sobre todo una investigación más aplicada, que tiene como resultado el desarrollo de medicamentos específicos. Por su naturaleza, las ganancias por ventas constituyen una financiación de atracción (“*pull*”), o sea que una innovación tiene que desarrollarse hasta que llegue a ser comercializable, antes de que se logren ganancias por ventas.

El costo fijo de desarrollo de un nuevo medicamento es extremadamente alto por dos razones: es muy caro investigar y afinar un medicamento nuevo y luego hacerlo pasar por pruebas clínicas complejas y procesos nacionales de aprobación. Más aún, las ideas más prometedoras de investigación fracasan a mitad camino y por ende no llegan jamás a un producto comercializable. Ambos factores se combinan para elevar el costo de investigación y desarrollo (I+D) por cada nuevo medicamento comercializable a cerca de 500 millones de dólares o más. Empezar a producir un medicamento nuevo, una vez inventado y aprobado, es barato en comparación. Debido a este desequilibrio del costo fijo, la innovación farmacéutica no es sostenible en un sistema de mercado libre: la competencia entre los productores bajaría rápidamente el precio del nuevo medicamento hasta llegar casi hasta su costo marginal de producción a largo plazo, y el innovador no llegaría a recuperar su inversión de I+D.

El modo convencional de corregir esta deficiencia de infra-abastecimiento del mercado es otorgando a los innovadores los derechos de propiedad intelectual que los autoriza a excluir a los competidores o a cobrarles aranceles por la licencia. De uno u otro modo, el resultado de tales monopolios es un precio de venta artificialmente elevado, que permite a los innovadores recuperar sus gastos de I+D mediante la venta de sus productos que, incluso con precios muy por encima del costo marginal, tienen una fuerte demanda.

Generalmente, los economistas denuncian los monopolios como ineficientes y los éticos como una interferencia inmoral con la libertad de la gente para producir

e intercambiar. En el caso de las patentes, sin embargo, muchos creen que la reducción de la libertad individual puede justificarse por el beneficio, siempre que las patentes se diseñen con cuidado. Una característica de diseño importante es que las patentes confieren un monopolio temporal. Una vez que la patente expira, los competidores pueden entrar libremente al mercado con copias de la innovación original, y los consumidores ya no necesitan pagar un elevado margen de beneficio por encima del precio competitivo de mercado. Los límites temporales tienen sentido porque los años extra de vida de una patente casi no sirven para fortalecer los incentivos de innovación. Por ejemplo, a una tasa típica de descuento industrial del 11% anual, la vida de una patente de 10 años rinde el 69% y una de 20 años el 90% de la ganancia que rendiría una patente permanente (descontado el valor actual).⁹ Carece de sentido imponer precios monopolísticos sobre todas las generaciones futuras para obtener una ganancia tan leve en los incentivos de innovación.

Durante la vida de una patente, está vedado legalmente a todo el mundo producir, vender y comprar un medicamento patentado sin el permiso del propietario de la patente. Esta limitación perjudica a los productores genéricos y también a los consumidores al quitarles la posibilidad de comprar tales medicamentos a precios competitivos de mercado. Sin embargo, los consumidores también se benefician con el impresionante arsenal de medicamentos fabulosos cuyo desarrollo está motivado por la perspectiva de las rentas monopolísticas.

Puede parecer obvio que dicho beneficio valga más que la pérdida de libertad. Pero debemos tener en cuenta que no todo el mundo dispone de medios suficientes para comprar medicamentos avanzados a precios monopolísticos, ni la buena suerte de necesitarlos sólo después de la expiración de la patente. Muchas personas están atrapadas en una pobreza aguda. La mayoría de ellos obtiene un beneficio ínfimo, o directamente ninguno, de dicho fabuloso arsenal, porque no tiene acceso a los medicamentos que necesita, con los precios vigentes. Esa gente – y se trata de miles de millones de personas – tiene una poderosa objeción al uso del monopolio de patentes para incentivar la innovación farmacéutica: “si no se obstaculizara la libertad de producir, vender y comprar medicamentos avanzados, los ricos necesitarían encontrar otro modo (para ellos posiblemente menos conveniente) de financiar la investigación farmacéutica. Pero los medicamentos avanzados luego estarían disponibles a precios competitivos de mercado, y tendríamos más oportunidades de acceder a ellos por medio de nuestra propia financiación o con la ayuda de las agencias gubernamentales nacionales o internacionales o de las ONGs. La pérdida de libertad impuesta por el monopolio de patentes nos impone una gran pérdida respecto de la enfermedad y de la muerte prematura. Dicha pérdida no puede justificarse bajo ningún concepto por la ganancia que dicho monopolio de patentes pueda darle a los ricos.”

Dicha objeción era menos pertinente hasta la década de los 90', cuando las normas estrictas sobre patentes estaban limitadas a todos los países ricos, lo cual

permitía que aquéllos menos desarrollados tuvieran protecciones más débiles de patentes o directamente ninguna. Esta excepción de países pobres tuvo poco efecto en los incentivos de innovación porque, en estos países, los que pueden acceder a los medicamentos avanzados a precios de monopolio son pocos, si se los compara con los mil millones de habitantes de los países con ingresos altos. Pero la excepción trajo alivio a muchos residentes pobres de países pobres, a todos aquéllos que obtuvieron medicamentos avanzados a precios competitivos de mercado que no habrían podido comprar al precio de mayor maximización de ganancias del monopolio.

Dicha diversidad de regulaciones nacionales se destruyó en los 90' cuando una alianza poderosa de industrias (de software, entretenimiento, farmacéutica y de agrocomercio) presionó a los gobiernos de los países más ricos para imponer leyes de propiedad intelectual en todo el mundo. La aceptación de dicho régimen, contenido en el Acuerdo ADPIC/TRIPS (Aspectos del Derecho de la Propiedad Intelectual en el Comercio) de 1994, fue una condición para ser miembro de la OMC que, tal como se prometió entonces, permitiría a los países pobres cosechar grandes beneficios a partir de la liberalización del comercio. Dicha promesa se rompió cuando los países de altos ingresos siguieron sabotando las oportunidades de exportación de los países pobres por medio de una serie de medidas proteccionistas. Pero la globalización de los derechos uniformes de la propiedad intelectual se lleva a cabo sin pausa, con el resultado de efectos devastadores como es, por ejemplo, la evolución de la epidemia del SIDA.

El mundo responde a la catastrófica crisis de la salud de la población pobre de varias maneras: con las declaraciones habituales, los documentos de trabajo, las conferencias, las cumbres y con los grupos de trabajo, en primer lugar y sobre todo, por supuesto; pero también con los esfuerzos para financiar la entrega de medicamentos a los pobres a través de **iniciativas intergubernamentales** como 3 por 5,¹⁰ por medio de **programas de gobierno** como el Plan de Emergencias del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del SIDA (PEPFAR), mediante **asociaciones público-privadas** como la Alianza Global de Vacunas e Inmunización (GAVI) y el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM), y por medio de donaciones de medicamentos por parte de compañías farmacéuticas; y con varios esfuerzos para fomentar el desarrollo de nuevos medicamentos para las enfermedades de los pobres, como la Iniciativa de Drogas para las Enfermedades Olvidadas (DNDI por su sigla en inglés), el Institute for One World Health, el Instituto Novartis para Enfermedades Tropicales, y varios premios así como compromisos de venta y comercialización anticipados.¹¹

Una diversidad tal de iniciativas tiene una buena apariencia y da la impresión de que se está haciendo mucho para solucionar el problema. Y la mayor parte de estos esfuerzos realmente suponen un bien al mejorar la situación si se compara a lo que sucedería en su ausencia. Sin embargo, esos esfuerzos no alcanzan para proteger

a los pobres. Es irrealista esperar que se dediquen miles de millones de dólares para neutralizar el costo impuesto sobre los pobres del mundo por medio de la globalización del monopolio de patentes. Y más irrealista es esperar que dichos miles de millones se gasten fiable y eficientemente año tras año. Tiene más sentido, entonces, buscar una solución más sistémica que aborde la crisis global de la salud desde su raíz. Como dicha solución sistémica involucra una reforma institucional, es más difícil de lograr políticamente. Pero, una vez conseguida, también es mucho más fácil de mantener por medios políticos. Y evita la mayoría de las enormes y colectivamente ineficientes movilizaciones requeridas en la actualidad para producir medidas provisorias que, en el mejor de los casos, sólo mitigan los efectos de los problemas estructurales, que permanecen intactos.

La búsqueda de una solución sistémica debe empezar con un análisis de las desventajas principales del nuevo régimen globalizado del monopolio de patentes.

Precios altos. Mientras un medicamento está bajo patente, se venderá al precio de maximización de ganancias de monopolio que, en líneas generales, está determinado por la curva de demanda del adinerado. Cuando la gente acaudalada realmente quiere una droga, se puede elevar su precio bastante por encima del costo de producción antes de que las ganancias incrementadas por extender este margen superen las pérdidas ocasionadas por el reducido volumen de ventas. Con los medicamentos patentados, no es excepcional que haya márgenes de beneficio de más del 1.000%.¹² Cuando prevalecen dichos precios de monopolio, los pobres sólo pueden tener acceso a través de la caridad de los ricos.

Negligencia de las enfermedades concentradas entre los pobres. Bajo un régimen de monopolio de patentes, algunas enfermedades –sin importar cuán diseminadas y severas puedan ser– no son blancos lucrativos para la investigación y el desarrollo (I+D). Ello es así debido a que la demanda de dichos medicamentos cae abruptamente cuando el propietario de la patente alza el margen de ganancia. En estos casos no hay esperanza de obtener un alto volumen de ventas ni un gran margen de beneficios. Más aún, existe incluso el riesgo de que un esfuerzo de investigación exitoso se tope con grandes demandas que hagan accesible el medicamento a su costo marginal o incluso gratis, lo cual obligaría al innovador a cancelar su costo de I+D, con pérdidas. En vista de tales perspectivas, las compañías farmacéuticas y de biotecnología prefieren, de manera previsible incluso, las dolencias triviales de los acaudalados, como la pérdida del cabello o el acné, en lugar de la tuberculosis y la enfermedad tropical del sueño. Este problema de las enfermedades olvidadas también es conocido como el problema 10/90, aludiendo a que sólo el 10% de la investigación farmacéutica se concentra en enfermedades que representan el 90% de la GDB (tasa de morbilidad global).

Predisposición hacia el alivio del síntoma. Los medicamentos pueden dividirse básicamente en tres categorías: medicamentos curativos que eliminan la enfermedad del cuerpo del paciente, medicamentos para el alivio de los síntomas que mejoran

el bienestar y el funcionamiento sin eliminar la enfermedad y medicamentos preventivos que, para empezar, reducen la posibilidad de contraer la enfermedad. Con el régimen de monopolio existente, los medicamentos que alivian los síntomas son, por mucho, los más rentables, ya que se destinan a los pacientes más deseables, que son aquéllos que no se curan y no mueren (al menos no lo hacen sino después del vencimiento de la patente) Tales pacientes compran el medicamento semana tras semana, año tras año, dejando muchas más ganancias de las que dejarían, si obtuvieran el mismo beneficio con una cura o con una vacuna. Las vacunas son lo menos lucrativo porque habitualmente son compradas por los gobiernos, los cuales poseen un gran poder de negociación. Ello es muy lamentable porque los beneficios de las vacunas sobre la salud tienden a ser muchísimo mayores, ya que protegen de la infección o del contagio no sólo a cada persona vacunada sino a sus contactos.¹³ Una vez más, entonces, el régimen actual lleva a la investigación farmacéutica por el camino equivocado, y en este caso, se perjudican los pobres y los ricos por igual.

Despilfarro. Bajo el régimen actual, los innovadores deben absorber el costo de presentar la documentación para las patentes en docenas de jurisdicciones nacionales y luego, encima, el costo de controlar dichas jurisdicciones en caso de contravención a sus patentes. Se gastan grandes sumas en todas estas jurisdicciones en juicios costosos contra las compañías genéricas, con fuertes incentivos para desafiar cualquier patente de un medicamento exitoso, contra los propietarios de las patentes, cuyas ganancias dependen de su capacidad de defender, extender y prolongar sus rentas monopolísticas. Incluso los costos más altos se deben a la pérdida de peso muerto (DWL- Deadweight loss) “del orden de los 200 mil millones de dólares” ocasionadas por las ventas bloqueadas a los compradores que desean y pueden pagar el precio competitivo del mercado, pero no el precio mucho más alto del monopolio.¹⁴

Falsificación. Las grandes subidas de los márgenes comerciales en los precios también fomentan la producción y venta ilegal de medicamentos. Aún cuando tales drogas ilegales son farmacológicamente equivalentes, reducen las ganancias del innovador y, por lo tanto, menoscaban los incentivos para la I+D. Cuando las mismas no son plenamente equivalentes (por ejemplo, si están diluidas, adulteradas, si son inertes o incluso tóxicas), ponen en peligro la salud del paciente.

Exceso de marketing. Cuando las compañías farmacéuticas pueden sostener un margen de beneficios muy grande, creen que es racional hacer especiales esfuerzos a gran escala para aumentar el volumen de las ventas, influyendo sobre los patrones de prescripción de medicamentos de los médicos. Ello produce batallas sin sentido sobre la cuota de mercado entre drogas similares (“yo también”), así como regalos para inducir a los médicos a prescribir medicamentos, incluso cuando estos últimos no están indicados o cuando otros medicamentos de la competencia podrían ser mejores. Si se tiene un margen de beneficios muy elevado, también conviene financiar publicidad masiva directa al consumidor con el fin de convencer a la gente para que

tome medicamentos que realmente no necesita por enfermedades que realmente no padece (y a veces por pseudo-enfermedades inventadas).¹⁵

El problema de la última milla. Mientras el régimen actual brinda fuertes incentivos para exponer a los ricos a los medicamentos patentados que no necesitan, no brinda incentivo alguno para garantizar que los pobres se beneficien con los medicamentos que sí necesitan. Incluso en los países ricos, las compañías farmacéuticas tienen incentivos sólo para *vender* productos, no para asegurar que los pacientes que pueden beneficiarse de ellos los consuman como se debe. Este problema se agrava en los países pobres, donde la infraestructura es muy deficiente para distribuir, prescribir y supervisar el consumo apropiado del medicamento. De hecho, el régimen actual da a las compañías farmacéuticas los incentivos opuestos. Para beneficiarse bajo este régimen, una compañía no sólo necesita desarrollar y patentar un medicamento que sea efectivo para proteger de una enfermedad y/o de sus síntomas perjudiciales a los pacientes que pagan. También necesita que dicha enfermedad-objetivo cunda y se extienda porque, si una enfermedad disminuye o desaparece, también lo hace la demanda del mercado por su remedio. Una compañía farmacéutica que haga un esfuerzo moralmente motivado para permitir que los pobres se beneficien de su medicamento patentado estaría perjudicando seriamente su posición económica, pagando por el esfuerzo de hacer que su droga esté al alcance adecuado de los pacientes pobres, acabando con una enfermedad de cuyas ganancias depende, y perdiendo clientes ricos que encuentran la manera de comprar barato un medicamento destinado a los pobres.

Al contemplar estos siete problemas juntos, vemos otra razón para apuntar hacia una solución integral que reemplace las numerosas medidas sustitutas ya propuestas y, a veces, implementadas (al menos parcialmente). El valor práctico de los esfuerzos por mitigar uno de los siete problemas puede reducirse en gran medida a través de uno de los otros problemas que sigue sin abordarse, y los esfuerzos por mitigar un problema pueden agravar otros. Por ejemplo, una donación de drogas para beneficio de los pobres, con el propósito de mitigar el problema de los precios altos, puede ocasionar más mal que bien debido a la pobre infraestructura sanitaria (problema de la última milla) en los países receptores. Al carecer de instrucciones médicas competentes y de especificaciones en su envoltura en el lenguaje del país, los pacientes pobres pueden equivocarse con las dosis y frecuencias correctas de administración, o con el periodo apropiado del tratamiento. Tales pacientes quizá no sólo sigan enfermos; podrían desarrollar y propagar cepas de la enfermedad resistentes a las drogas que (en el caso de la tuberculosis MDR y XDR) puede constituir peligros graves para la gente en todas partes.

Otro ejemplo contraproducente es las licencias obligatorias que algunos gobiernos han librado, o con las cuales han amenazado, para obtener un acceso más barato a los medicamentos patentados para su población. Si bien dichas licencias obligatorias están permitidas específicamente por el Acuerdo ADPIC/TRIPS, como

lo reafirma la Declaración Doha,¹⁶ las compañías farmacéuticas las rechazan enérgicamente, y los gobiernos que osan expedirlas en general son censurados y penalizados por dichas compañías y por los gobiernos de los países ricos que presentan sus licitaciones. Al expedir una licencia obligatoria, un gobierno autoriza la producción y comercialización de una versión genérica más barata de un medicamento patentado, con la condición de que la firma genérica autorizada pague un canon de licencia al propietario de la misma. Una licencia tal, o la mera amenaza de una, típicamente harán que el precio del medicamento en cuestión baje abruptamente en ese país. Pero este alivio inicial al problema de los precios altos también agrava la negligencia de las enfermedades concentradas entre los pobres. Las compañías farmacéuticas gastan menos en la búsqueda de medicamentos vitales – especialmente en los necesarios sobre todo para los pobres – cuando a las incertidumbres de desarrollo, testeo y aprobación reglamentaria se suma la incertidumbre extra de si los innovadores podrán recuperar sus inversiones y hasta qué punto lo lograrán, por medio del uso ecuánime de sus poderes monopolísticos de marcación de precios.

Razonamiento

A pesar de los efectos contraproducentes, el atractivo moral de las licencias obligatorias es convincente. Consideremos un medicamento que salva vidas cuyo productor, propietario de la patente, lo vende a \$100, de los cuales \$10 constituyen el costo marginal de producción y distribución a largo plazo. Los altos precios de venta excluyen efectivamente a los pacientes pobres, muchos de los cuales, si el precio de venta estuviera cerca del de costo, podrían acceder al medicamento, con la ayuda de alguna organización internacional, quizá, o por cuenta propia. ¿Qué les decimos a esos pacientes que sufren y mueren cuando podrían obtener el medicamento a un precio de mercado competitivo? Les decimos que, para merecer el acceso a ellos, no sólo deben pagar el medicamento mismo sino también la propiedad intelectual encarnada en él, o sea la idea innovadora o el descubrimiento o la invención. Pero, ¿cómo podemos imponerles semejante margen comercial por la propiedad intelectual, excluyéndolos así del medicamento, cuando el costo de dicha exclusión para ellos significa la enfermedad y la muerte?

Este tema se torna aún más acuciante cuando nos damos cuenta de que la inclusión de los pobres no agrega nada al costo de la innovación. Lo maravilloso de los productos del pensamiento es que su costo es independiente del número de beneficiarios. Los esfuerzos intelectuales para escribir una novela son exactamente los mismos, independientemente de si tiene millones de lectores o ninguno en absoluto. Lo mismo sucede con los esfuerzos de producción de música, software, desarrollo de un nuevo tipo de planta o de animal, y de descubrimiento de un nuevo tipo de molécula médicamente efectiva. Millones de personas pueden

beneficiarse de dichos esfuerzos intelectuales sin sumar un peso a su costo.¹⁷ Y esto hace moralmente irresistible la conclusión de que los pobres, cuando están en juego sus vidas, no deben excluirse de la posibilidad de comprar un medicamento a los proveedores voluntarios, a precios competitivos de mercado. Una licencia obligatoria asegura esta libertad para los pobres.

Pero, ¿qué sucede con la persona o con la compañía que ha puesto todo su esfuerzo y su inversión para obtener la innovación? ¿La innovación no le pertenece a él o a ella para poder regalarla, restringirla o venderla a voluntad? Muchos creen que existe un derecho natural de primera apropiación, análogo al derecho de alguien que toma posesión de un objeto sin dueño como manzanas, madera o agua en estado natural, tal como lo describió Locke. Pero la analogía es profundamente errónea: la persona que se apropia de unas manzanas no priva con ello a otros de la oportunidad de hacer lo mismo. Por supuesto, nadie más puede comer esas manzanas concretas que ella comió. Pero si la persona deja “la misma cantidad y calidad” para los otros (como sostienen Locke y Nozick), entonces otros pueden recoger y comer otras manzanas.

Como enfatiza Nozick, un investigador médico que sintetiza un nuevo medicamento a partir de materiales disponibles y se niega a compartir dicho medicamento con otros o a mostrarles cómo pueden hacerlo, también está dejando “la misma cantidad y calidad”. No interfiere con la libertad de otros de adquirir los mismos materiales y de transformarlos químicamente hasta transformarlos en un medicamento que salve vidas si es que pueden. Simplemente se niega a ayudarlos.¹⁸

El argumento de Nozick puede ser lógico, pero no ayuda a defender la propiedad intelectual. El tema aquí es si el investigador médico está autorizado a vetar la producción del medicamento a otros que aprenden cómo hacerlo más tarde. Al exigir un poder de veto tal, el investigador médico proclama un derecho natural de propiedad no sobre *muestras* de un objeto que produjo, sino sobre un *tipo* de objeto, sobre toda una especie de molécula efectiva médicamente. Al hacerlo, es alguien que, basándose en el hecho de que fue el primero en concebir la idea de comer manzanas, reclama la propiedad sobre esa idea y, por lo tanto, sostiene que depende de él regalar, restringir o vender a voluntad su permiso para que otros coman manzanas. Locke, en cambio, no apoya dicha apropiación de un *tipo*. La imposición del derecho exclusivo de un innovador sobre todos los objetos de una clase evidentemente no deja la misma cantidad y calidad para todos los demás y expropia en parte a otros, que pierden así la libertad de usar sus propias manzanas para comer, o la libertad de transformar sus propios materiales de un modo determinado. Priva sin duda a otros de la libertad que el innovador reclama para sí, es decir de la libertad de comer manzanas adquiridas legítimamente, o de producir ciertas moléculas a partir de materiales adquiridos legítimamente, sin el permiso de otro. Lejos de apoyar los derechos monopolísticos en los fármacos, la tradición filosófica más amigable a los derechos de propiedad rechaza así tales derechos de

propiedad intelectual. Los productores genéricos tienen un derecho natural de hacer lo que el innovador hizo antes que ellos; es decir, producir, si pueden, medicamentos a partir de ingredientes que les pertenecen legítimamente y ofrecerlos para su venta; o sea, producir, si pueden, medicamentos a partir de ingredientes que les pertenecen legítimamente y ofrecerlos para su venta.¹⁹

Pero, ¿dicha libertad por parte de los pacientes y de los productores genéricos no es destructiva para la innovación? ¿No nos priva de los fabulosos medicamentos que los innovadores farmacéuticos siguen produciendo? Estas preguntas constituyen un cambio de jurisdicción, ya que sugieren una defensa del monopolio de patentes no ante el tribunal de los derechos naturales sino ante el de la ventaja mutua. ¿Tiene éxito tal defensa? Es indiscutible que los fabulosos medicamentos, cuyo desarrollo estuvo motivado por la esperanza de ganancias, beneficiaron mucho a algunos pacientes, sobre todo a los que tenían el dinero necesario para comprarlos a los precios de monopolio, o a los afortunados que los necesitaron después de la expiración de la patente. Si todos los seres humanos fueran lo suficientemente ricos o afortunados, los monopolios de patentes podrían ser defendibles para el bien de todo el mundo. Sería lógico que todos aceptáramos el costo de deponer nuestros derechos a producir, vender y comprar un medicamento nuevo, inventado por otro, a cambio del beneficio mucho mayor de tener un arsenal más amplio y poderoso de fármacos.

De hecho, sin embargo, muchas personas están atrapadas en una pobreza aguda. La mayoría de ellos obtiene un beneficio ínfimo, o directamente ninguno, de dicho fabuloso arsenal, porque no tiene acceso a los medicamentos que necesita, con los precios reinantes. Para dichas personas - y son miles de millones- sería irracional deponer su libertad con el fin de que los ricos puedan usar el monopolio de patentes para estimular las innovaciones farmacéuticas.²⁰ En el mundo real, los pobres no dan un consentimiento tan irracional. Otros les imponen ese costo a menudo devastador, para beneficio propio, interponiendo la barrera del monopolio de patentes entre los pobres y las compañías genéricas dispuestas a proveer los medicamentos que necesitan con urgencia. Dicha interposición es una injusticia penosa que mata a millones de personas pobres cada año.²¹

Esta injusticia es evidente en la legislación nacional - en India, por ejemplo, donde los pobres recientemente han perdido su libertad legal para comprar medicamentos a precios competitivos de mercado. También es evidente en la regulación del comercio internacional, como el Acuerdo ADPIC/TRIPS, por el cual la India debió implementar cambios legislativos como condición para un acceso limitado que la OMC le ofrece a los exportadores indios para llegar a los mercados de los países ricos. Quizá los gobiernos de la India y de otros países menos desarrollados hicieron una elección razonable al imponer reglas injustas de acceso farmacéutico a sus pobres con el fin de obtener una justicia un poco mayor en el mercado internacional.²² Pero los poderosos países ricos que diseñan

e imponen dicho régimen de la OMC no tienen una excusa semejante. Actúan aún más injustamente al presionar a los países más débiles para que inflijan dicha injusticia a sus pobres. Si los países ricos y sus ciudadanos desean innovación médica, entonces deben hallar maneras de financiarla que no reduzcan la libertad a los pobres, o bien que los compensen adecuadamente por la pérdida de libertad que se les impone.

Como compensar adecuadamente a la gente pobre por la enfermedad y la muerte cuesta más y con frecuencia es imposible, consideremos modos de financiar la innovación farmacéutica, sin privar a los pobres de su libertad de acceso a los medicamentos existentes, a precios competitivos de mercado. Dicha libertad es inconveniente para los ricos ya que torna difícil el hecho de cobrar rentas del monopolio a todo el mundo. Si bien los acaudalados a menudo están dispuestos a comprar medicamentos avanzados a precios que están muy por encima del costo marginal de producción, muchos de ellos prefieren comprar barato, aún si es ilegalmente. Y los intermediarios y contrabandistas también están siempre listos para explotar cualquier diferencia sustancial entre el precio monopolístico cobrado a los ricos y el precio competitivo de mercado cobrado a los pobres. Los mercados paralelos con grandes diferencias de precios generan, por lo tanto, una injusticia, ya que los contrabandistas y los pacientes adinerados y egoístas se benefician a costa de los pacientes adinerados honestos y de los innovadores. Yendo al grano, otorgar a los pobres libertad de acceso a precios competitivos de mercado reduce sustancialmente las rentas de monopolio que pueden conseguirse de los pacientes acaudalados, y por ese mismo motivo, también los incentivos de las compañías farmacéuticas para incurrir en costosos esfuerzos de I+D, en primer lugar. Para evitar todos esos problemas generados por grandes diferencias de precios, lo mejor es nivelar los precios farmacéuticos en sentido inverso: en lugar de imponer injustamente precios de monopolio a los pobres (lo cual impide efectivamente a la mayoría de ellos acceder a los medicamentos avanzados), deberíamos otorgar libre acceso a precios competitivos de mercado también a los acaudalados. De esta forma, evitamos el problema de los costos altos de un modo eficaz. Eliminamos también por completo los excesivos márgenes comerciales y de ese modo evitamos los problemas que se asocian con ellas, a saber, despilfarro, falsificación, exceso de marketing y tendencia hacia el alivio del síntoma.

Debido a que la I+D farmacéuticos son necesarios con urgencia, la pérdida de financiación por parte del monopolio de las patentes debe reemplazarse de algún modo – con financiación pública – para garantizar un flujo con-fiable a largo plazo. Como veremos, es posible diseñar tal financiación pública para superar los dos problemas persistentes del régimen actual: la negligencia de las enfermedades concentradas entre los pobres y el problema de la última milla.

Los mecanismos de financiación pública en general se denominan con los rótulos de “promoción” (*push*) y atracción (*pull*). Un programa de promoción

selecciona y financia a algún innovador en particular –una compañía farmacéutica, quizás, una universidad o una agencia nacional de salud – para encarar un esfuerzo de investigación específico. El objetivo aquí es que, con la financiación adecuada, el innovador seleccionado desarrolle la innovación deseada, que luego pueden producir los fabricantes farmacéuticos rivales, para garantizar una amplia disponibilidad a precios competitivos de mercado.

Un programa de atracción, en cambio, apunta a muchos innovadores potenciales, con la promesa de recompensar al primero que logre obtener una innovación valiosa. Los programas de atracción tienen dos ventajas interrelacionadas por encima de los programas de promoción: evitan pagar esfuerzos de investigación fracasados y generan fuertes incentivos financieros para que los innovadores trabajen mucho con el fin de conseguir un éxito temprano. La otra cara de dichas ventajas es que, para poder obtener un esfuerzo de investigación así de serio, la recompensa debe ser lo suficientemente grande como para compensar el riesgo del fracaso. Dicho riesgo tiene dos partes, ya que un esfuerzo de investigación puede fracasar porque el medicamento buscado se hace difícil de encontrar o porque algún innovador rival lo encuentra primero. Los innovadores potenciales tienen incentivos para intentar desarrollar un medicamento nuevo sólo si la recompensa por el éxito, menos la probabilidad del fracaso, es mucho mayor que el costo esperado por el esfuerzo de la I+D. En dichos sentidos, un programa de atracción es similar al actual régimen de patentes.

A pesar de dicho costo extra, los programas de atracción pueden, de todas formas, ser más efectivos que los programas de promoción, por tres razones; a saber: los programas de promoción tienen más probabilidades de fracasar porque consiguen un innovador en lugar de varios que rivalizan por trabajar en el problema.²³ Los programas de promoción tienen más probabilidades de fracasar porque se elige al innovador sobre la base de la confianza que algún tercero tiene en él, mientras que en los programas de atracción la decisión de probar de cada innovador se basa en la evaluación *propia*, más competente y mejor motivada de sus capacidades. Los programas de promoción tienen más probabilidades de fracasar porque el innovador elegido tiene incentivos mucho más débiles para trabajar concienzuda y eficazmente en pos de un éxito inmediato. Esta probabilidad mayor de fracasar se agrava por el hecho de que tales fracasos se pagan – en contraposición a los programas de atracción, que no pagan nada por los esfuerzos inútiles. Debido a dicho contraste, a largo plazo, los programas de atracción son sostenibles políticamente con mayor facilidad.

Los programas de atracción más destacados son las competencias por premios, que prometen una recompensa al innovador que primero puede producir un medicamento dentro del marco de ciertas especificaciones. Dicha recompensa puede especificarse como un monto monetario, como un compromiso anticipado de compra (APC- Advance Purchase Commitment) o como un compromiso anticipado de comercialización (AMC – Advance Market Commitment) (ver nota 11). Se han

descrito dichas recompensas con bastante ingeniosidad.²⁴ Sin duda alguna, pueden ser un complemento valioso de las recompensas de patentes existentes y tienen el potencial de estimular el desarrollo de medicamentos para enfermedades olvidadas habitualmente.

De todas maneras, dichas competencias de premios *ad hoc* tienen cuatro desventajas. En primer lugar, los políticos, los burócratas o los expertos juegan un papel crucial al decidir cuáles enfermedades hay que investigar, cómo debe especificarse el remedio buscado y cuánto debe prometerse como recompensa para un remedio que cumple con dichas especificaciones. Al determinar así la dirección que debe adquirir la investigación, se tiende a que dichas decisiones estén asociadas a deficiencias sustanciales debidas a la incompetencia, la corrupción, la especulación y los cabildeos por parte de las compañías y de los grupos de pacientes. Idealmente, el propósito de los planificadores importantes debería ser estimular las innovaciones con mayor efectividad de costos. Pero sus propios incentivos para lograr que dicho propósito sea el decisivo son débiles. Y su información acerca del costo de los esfuerzos específicos de investigación posiblemente sea de una calidad pobre, ya que los innovadores potenciales tienen sus razones para exagerar tanto los costos como la utilidad potencial de sus esfuerzos.²⁵ Con incentivos débiles y con una información pobre, la organización de competencias por premios corre importantes riesgos de ser seriamente deficiente.

El segundo problema surge del hecho de que las recompensas *ad hoc* implican una especificidad excesiva. Cada recompensa debe definir una línea de llegada precisa, explicitando al menos qué enfermedad debe atacar el medicamento, su efectividad mínima (magnitud y duración de la mejora, porcentaje de pacientes), el riesgo de sus efectos secundarios (gravedad y frecuencia) y la conveniencia mínima del medicamento (estabilidad a diversas temperaturas, frecuencia y modo de administración). Tal especificidad es problemática porque presupone la posesión de un conocimiento cuya adquisición aún debe fomentarse. Como los auspiciantes carecen de dicho conocimiento anticipado, su especificación será muy deficiente, aún si se concentran en el propósito de mejorar la salud pública. Esa deficiencia puede adquirir dos formas. La especificación puede ser extremadamente exigente al menos en una dimensión, con el resultado de que los innovadores abandonan el esfuerzo aunque tengan a su alcance algo cercano a la solución buscada. O bien la especificación puede tener una exigencia insuficiente en una o varias dimensiones, con el resultado de que los innovadores, para ahorrar tiempo y gastos, entregan productos que cubren mínimamente las exigencias, con el fin de ganar el premio, aún cuando podrían haberlo hecho mucho mejor con un costo apenas superior.²⁶

La tercera desventaja de las recompensas *ad hoc* es que la financiación de la cual dependen tiende a ser azarosa y caso por caso. Es así porque, invariablemente, entran factores arbitrarios y contingencias políticas en la elección de las enfermedades específicas y de los tipos de intervención en torno de los cuales se organizan las

competencias por premios. También es probable que las asignaciones generales de fondos sean erráticas. Es decir, cuando los gobiernos se topan con problemas presupuestarios, tienden a saltar o a posponer las competencias planificadas por recompensa, y también la conducta de otros auspiciantes tiende a ser influida indebidamente por factores ajenos (como por ejemplo, por sus necesidades de relaciones públicas o por cuánto dinero deben gastar durante el año fiscal para conservar su nivel de deducción de impuestos).

Un cuarto defecto serio de las recompensas *ad hoc* es que no tratan el problema de “la última milla”, que es particularmente grave en el contexto de las enfermedades comúnmente olvidadas, que afectan sobre todo a los pobres. El hecho de que un nuevo medicamento vital esté disponible en grandes cantidades, o que los productores genéricos puedan producirlo a precios muy bajos, de todas maneras no brinda a las poblaciones pobres un acceso real al mismo. La recompensa atrae a los innovadores para inventar un nuevo medicamento seguro y efectivo, o incluso para producirlo en grandes cantidades, pero no hace que dicho medicamento recorra el resto del camino, hasta los pacientes que lo necesitan. Quizás pueda parecer que los compromisos anticipados de comercialización (AMCs) son capaces de atajar este problema, haciendo que la recompensa dependa de que el innovador encuentre compradores voluntarios. Pero tengo mis dudas. Según uno de los ejemplos numéricos de Michael Kremer, si se promete al innovador un subsidio de \$14 por cada dosis que él puede vender a \$1 o más (hasta los 200 millones de dosis), éste tendrá poderosos incentivos para inducir, tentar o sobornar a los compradores, independientemente de cómo ellos piensen hacer uso del medicamento. Si la condición para obtener el subsidio es que deba usarse, bien podría prescribírselo a los pacientes, sin importar si lo necesitan o no.

Solución

La idea básica para resolver todos estos problemas se abre ahora ante nosotros: debe incentivarse la innovación farmacéutica a través de recompensas financiadas públicamente, cuando dicha innovación esté ligada a un impacto real sobre la salud. Dicho incentivo debe especificarse en términos generales, como una promesa de recompensar *cualquier* medicamento nuevo que funcione, de modo proporcional a su eficacia. Se ha descrito la combinación de ambos elementos como la creación de un nuevo AMC *integral*.²⁷

Un tercer elemento importante de la solución es que el mecanismo de financiación debe tener alcance global (en lugar de nacional). Las razones que hacen que la reforma sea convincente en un país o región cualquiera, la hacen convincente en todas partes. Más aún, el alcance global evita los problemas asociados a las grandes diferencias de precios. Y un alcance global también aporta inmensos beneficios de eficiencia al diluir el costo del plan sin diluir sus beneficios.

Más allá de la cantidad de beneficiarios que podamos agregar, el costo de obtención de una innovación sigue siendo el mismo, aunque sus beneficios agregados aumenten la cantidad de beneficiarios.²⁸ La innovación farmacéutica se estimula mejor, por lo tanto, prometiendo recompensar cualquier nuevo medicamento seguro y efectivo en proporción a su impacto *global* sobre la salud. Una promesa semejante es un AMC que abarca de *en forma integral* no sólo todas las enfermedades sino a todos los pacientes.

Como todos los seres humanos están incluidos en los beneficios de la innovación farmacéutica, de igual modo, se puede disgregar su costo por todo el mundo por medio de un acuerdo internacional que refuerce el compromiso de los países individuales con el plan. El acuerdo puede generar un *Fondo de Impacto sobre la Salud* (FIS) que ofrezca una recompensa por cualquier nuevo medicamento basado sobre el impacto sobre la salud durante los primeros diez años o más.²⁹ Para recibir tal recompensa, el innovador debe realizar una concesión que incida sobre su precio. Dicha concesión puede especificarse de dos maneras distintas o como una disyunción de ambas. Es posible pedirle al innovador que renuncie permanentemente a los derechos de exclusividad de comercialización del mercado para un medicamento en todo el mundo, permitiendo la competencia genérica que bajaría el precio del medicamento casi hasta el costo marginal de su producción.³⁰ También se le podría pedir al innovador que durante un periodo específico de la recompensa transforme todas las ganancias internacionales por la venta de dicho medicamento, induciéndolo a bajar su precio hasta el nivel en el que la recompensa marginal por el impacto sobre la salud obtenida por medio de la venta de unidades adicionales llegue a igualar el costo marginal de producción de dichas unidades. De un modo o del otro, los innovadores ganarían por cada uno de sus nuevos medicamentos la opción de recompensas por la renuncia al monopolio, a cambio de una vía alternativa que les proporcionaría amplios beneficios para el desarrollo de un nuevo medicamento de alto impacto, sin excluir de su uso a los pobres.

Para proveer incentivos estables, los estados miembro deben garantizar la financiación durante unos quince años por anticipado, para garantizar a los innovadores farmacéuticos que, si se financian pruebas clínicas costosas ahora, tendrán derecho a toda una década de recompensas por impacto sobre la salud dependiente de la aprobación del mercado. Esta garantía puede ofrecer fondos anuales fijos que se compartan entre los medicamentos registrados proporcionalmente al impacto respectivo sobre la salud, o bien un monto monetario fijo por QALY.³¹ La primera solución hace que el costo del FIS sea previsible y quizá sea más atractivo para los gobiernos. La última solución hace que la recompensa por QALY sea previsible y sería, por lo tanto, más atractiva para los innovadores potenciales. Un simple compromiso podría fijar cada fondo anual de recompensa en proporción a la raíz cuadrada de los QALYs ganados por todos los medicamentos registrados ese año, sujeto a un techo de \$/QALY. Por

ejemplo, en su fase inicial, el Fondo de Impacto sobre la Salud podría prometer anualmente recompensar el impacto sobre la salud de cada medicamento registrado a \$1.000 por QALY, si el impacto sobre la salud de todos los medicamentos registrados es igual o inferior al límite de 4 millones de QALYs. Si el impacto sobre la salud total excede los 4 millones de QALYs en un año, el FIS promete entonces pagar más de \$4 mil millones, pero a una tasa de recompensa reducida por QALY. Si el impacto sobre la salud de todos los medicamentos registrados es de 6,25 millones de QALYs en un año determinado, por ejemplo, los gobiernos deberán afrontar un pago más alto de \$5 mil millones y los innovadores deberán afrontar una tasa de recompensa reducida de \$800 por QALY (la contribución de los gobiernos aumenta según un factor de 1,25 y la recompensa por los medicamentos registrados se reduce según el mismo factor).

Este tipo de mecanismo de financiación tiene ventajas importantes. Logra obtener una previsibilidad razonable tanto para los gobiernos como para los innovadores farmacéuticos. Pone a los innovadores farmacéuticos en un lugar competitivo, fomentándolos para que verifiquen las actividades de los otros y sus presuntas contribuciones a la salud (si una compañía infla ilícitamente su impacto calculado sobre la salud, las demás se ven perjudicadas por una tasa reducida de \$/QALY). Establece una tasa observable de \$/QALY basada en el mercado dentro de la innovación farmacéutica. Y es ajustable, permitiendo que los gobiernos aumenten el FIS, si da pruebas de ser exitoso (la rebaja es forzada por la garantía de 15 años). Dicho ajuste podría tener tres formas: cuando los gobiernos descubren que incluso la tasa máxima de \$1.000 por QALY proporciona poca innovación, pueden subir el techo. También pueden aumentar el límite (más allá de los 4 millones de QALYs iniciales) que sostiene dicha tasa máxima. Y pueden reducir la pendiente de caída de la tasa \$/QALY más allá de dicho límite. Cualquier aumento puede ser financiado por medio de un compromiso mayor por parte de los estados miembro y/o por medio de la incorporación de miembros nuevos.

El establecimiento y el aumento del FIS se facilitaría con una norma que divida el costo del FIS en proporción al Producto Interior Bruto (PIB) respectivo de los estados miembro. Así, si el PIB de un estado miembro es 3,7 veces mayor que el de otro, la contribución asignada al primero será 3,7 veces mayor a la asignada al segundo. Dicha rigidez tiene tres ventajas fundamentales. La primera es que las contribuciones de los diversos países se ajustan automáticamente de un modo que permite rastrear sus fortunas cambiantes – los países de crecimiento rápido automáticamente asumen una proporción más grande, mientras que los países en recesión (con un PIB decreciente) se ven aliviados en su carga. En segundo lugar, tal rigidez evita las luchas prolongadas sobre la magnitud de las cuotas de contribución respectivas, como las que han deteriorado a las Naciones Unidas. Tercero, la rigidez garantiza a cada país que cualquier costo extra que acepte sostener al hacerse cargo de un aumento en el programa de contribución, digamos,

corresponderá exactamente a un aumento equiparable en las contribuciones de todos los demás estados miembro. Lograr que un estado acepte comprometer 20\$ extra es mucho más fácil si dicho acuerdo aumenta las recompensas disponibles para la investigación farmacéutica en un monto mucho mayor que si simplemente sumara \$20 a sus fondos disponibles (tal como lo hacen los presupuestos gubernamentales para la investigación).

Si todos los países del mundo aceptaran unirse en este esfuerzo, cada uno de ellos aportaría menos del 0,008% de su PIB por los primeros 4 millones de QALYs. Como ciudadanos, pagaríamos todos un porcentaje del 0,008% extra de nuestros ingresos brutos en impuestos (\$1 por cada \$12.500 de ingresos brutos) y, al hacerlo, ganaríamos el equivalente a 4 millones de años de vida saludable sobre la tasa de morbilidad global. Si los países que representan sólo la mitad de la suma de los PIBs quisieran participar, sus ciudadanos contribuirían con el 0,016% de sus ingresos brutos por los primeros 4 millones de QALYs, lo cual sigue siendo un monto trivial comparado con su impacto y mitigado, encima, por un acceso mucho mayor a medicamentos registrados como FIS.

Por lo tanto, la solución consiste en crear –paralelamente al régimen existente de patentes – un Fondo de Impacto sobre la Salud que dé a los innovadores farmacéuticos una opción firme para que renuncien a la explotación de sus facultades de monopolio sobre cualquier medicamento en todo el mundo, a cambio de un flujo de pago garantizado, proporcional al impacto de dicho medicamento sobre la tasa de morbilidad global. Recapitemos sobre cómo esta vía paralela proporcionaría una solución sistémica completa a los siete problemas descritos al inicio.

Enfermedades concentradas entre los pobres; en la medida en que agravan sustancialmente la tasa de morbilidad global dejarían de ser enfermedades olvidadas. De hecho, las más destructivas entre ellas se convertirían en las oportunidades más lucrativas de I+D para las compañías farmacéuticas y de biotecnología. Ello sucedería sin socavar las oportunidades de ganancia de las que gozan tales compañías actualmente.

No existiría la **tendencia hacia el alivio del síntoma** dentro de la I+D fomentados por el FIS. El FIS valora el impacto sobre la salud de cada medicamento registrado en función del modo en cómo éste reduce a mortalidad y la morbilidad en el mundo –independientemente e si lo hace a través de la cura, el alivio de los síntomas o de la prevención. Esto guiaría a las compañías para deliberar sobre potenciales proyectos de seguimiento del FIS de un modo que también resulta óptimo para la salud pública global –esto es, en términos del esperado impacto global del nuevo medicamento en relación con el costo de su desarrollo. El rendimiento económico de un proyecto debe ser comparado con su eficacia en función del costo en términos de la salud pública global.

No habría **precios altos** para los medicamentos registrados como FIS, y normalmente los innovadores no desearían un coste mayor para sus medicamentos

registrados como FIS. La razón es que un precio más elevado reduciría las recompensas producidas por su impacto sobre la salud al impedir el acceso a esta droga a la población más pobre, que constituye cerca de la mitad de la humanidad. En los términos de seguimiento del FIS los beneficios en salud de los pacientes más pobres cuentan lo mismo que los de los más ricos

El **despilfarro** sería muchísimo menor en los medicamentos registrados como FIS. No existirían las pérdidas de peso muerto debidas a los elevados márgenes de beneficio. Habría muy pocos litigios costosos ya que los innovadores darían la bienvenida a los competidores en genéricos que, al incrementar el acceso al medicamento, dispararían las recompensas del innovador por su impacto sobre la salud. Dada esta situación, los innovadores muchas veces ni siquiera se tomarían el trabajo de obtener patentes, controlarlas y defenderlas en muchas jurisdicciones nacionales. Un innovador podrá ser elegible para las recompensas proporcionales al impacto global sobre la salud de un nuevo medicamento con presentar *sólo una vez* un producto patentable.

La **adulteración de medicamentos registrados como FIS** sería mucho menos atractiva, ya que con el ítem genuino a un precio cercano al costo marginal de producción, se puede ganar mucho menos produciendo y vendiendo adulteraciones.

El **exceso de marketing** se reduciría mucho con los medicamentos registrados como FIS. Como cada innovador se ve recompensado por su aporte de impacto sobre la salud al arsenal médico, los innovadores no obtienen ninguna recompensa por cambiar a los pacientes a otro medicamento que no es mejor que su predecesor y, consecuentemente, nunca lo registrarían como FIS. Los innovadores sólo tendrían incentivos para apremiar a los médicos y pacientes a que usen un medicamento registrado como FIS sólo en la medida en que este márketing se traduzca en beneficios terapéuticos medibles por los que el innovador sería entonces recompensado

Se mitigaría el **problema de la última milla** porque cada innovador recompensado por el FIS tendría incentivos para garantizar que los pacientes reciban instrucciones completas y abastecimiento adecuado que les permita darle un uso óptimo a sus medicamentos (respecto de dosis, conformidad, etc.), todo lo cual, a través de un despliegue amplio y efectivo, produce un impacto óptimo sobre la salud pública. En lugar de ignorar a los países pobres como mercados poco lucrativos, las compañías farmacéuticas incentivarían aún más el trabajo con ellos en pos de una mejora de sus sistemas de salud, con el fin de fomentar el impacto de sus medicamentos registrados como FIS allí.

Conclusión

Este ensayo describe y justifica un complemento al régimen existente del monopolio de patentes, que generaría un flujo de innovación farmacéutica, sin privar a los pobres de su libertad de comprar medicamentos nuevos a precios competitivos de

mercado. Cabría preguntarse por qué el Fondo de Impacto sobre la Salud aquí descrito debería limitarse a los medicamentos nuevos. Existen otros medios para reducir la GDB, como el acceso al agua potable segura, una nutrición adecuada, asistencia sanitaria e higiene correctas, protecciones (como mosquiteros) contra animales portadores de enfermedades, medicamentos fuera del régimen de patentes, y muchos más. ¿Por qué premiar sólo a los remedios farmacéuticos nuevos cuando hay otros medios alternativos, y quizá más efectivos en cuanto a los costos, para prevenir las mismas enfermedades?

Una respuesta parcial es que los esfuerzos impulsados por las recompensas por el FIS no se limitarían a los medicamentos nuevos. Una vez que una firma registra una droga nueva, su recompensa dependerá de cómo dicha droga afecta la evolución de la mortalidad y de la morbilidad atribuibles a la enfermedad-diana (o sea, la enfermedad para la cual se la indica). Dicho impacto dependerá a su vez de muchos factores, algunos de los cuales – por ejemplo la calidad de servicios de salud ofrecidos en los países pobres – pueden ser cambiados por la compañía. Al ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, un innovador puede acrecentar el impacto de su medicamento, que se ve afectado fuertemente por el espectro de alcance que puede tener para médicos y enfermeras, para conocerlo, conseguirlo, prescribirlo, asegurar que los pacientes tengan acceso a él con la dosificación correcta y en cantidad suficiente, e instruir a dichos pacientes sobre su uso adecuado.

La respuesta que ofrecí no llega a superar totalmente la objeción. Hay enfermedades –una simple diarrea, por ejemplo- contra las cuales los medicamentos nuevos serían de poca ayuda, o de ninguna. ¿Por qué no financiar esfuerzos para reducir esas enfermedades, asegurando un acceso seguro a los medicamentos fuera de las patentes, al agua potable o a la asistencia sanitaria, en la medida que no son menos efectivos con respecto a los precios, que el Fondo de Impacto sobre la Salud? No tengo objeciones contra una extensión semejante del esquema delineado de recompensas. Podemos pensar en dicho esquema como el módulo central de un proyecto de reforma sanitaria más grande. Una vez que se especifica e implementa dicho módulo central, bien puede extenderse a otros factores sociales esenciales para la salud humana. Sin embargo, tiene sentido empezar con el módulo central que proveerá un paradigma útil para posibles extensiones y un impulso para su ulterior reforma.

Pero, ¿por qué empezar con *este* módulo, centrado en torno a los medicamentos nuevos? ¿No ayudaría más el dinero a proteger la salud de las poblaciones pobres si se gastara en un programa global de acceso universal al agua potable o a la nutrición sanitaria? Quizás sí. Pero no descuidemos las realidades políticas. La amarga experiencia a lo largo de muchas décadas ha demostrado que los gobiernos del mundo no están preparados para gastar miles de millones de dólares en agua potable o en provisión de alimentos nutritivos. Se cree que la provisión de tales bienes básicos merece unos pocos millones por acá y por allá, pero decididamente no

miles de millones. La idea de invertir tales sumas para apoyar a corporaciones nacionales, en cambio, es absolutamente familiar y cotidiana – de hecho, los países acaudalados gastan *cientos* de miles de millones *por año* en créditos y subsidios a la exportación, los cuales agravan la pobreza extrema en el exterior, por hablar sólo del sector agrícola. Un modo de avanzar, políticamente realista, uniría entonces ambos objetivos: el de protección a los pobres y una oferta de oportunidades empresariales para las grandes corporaciones. El Fondo de Impacto sobre la Salud está delineado para encajar en dicha descripción. Tal vez haya otros programas con costos efectivos para proteger a los pobres. Pero tales programas alternativos son inútiles si no consiguen atraer los fondos que planean gastar. Al alinearse con los intereses poderosos de las industrias farmacéuticas y de biotecnología, el FIS tiene mejores perspectivas de éxito.

Soy consciente de no haber tenido el espacio suficiente como para elaborar exhaustivamente el mejor diseño del FIS propuesto. Es evidente que se trata de un tema de gran complejidad. Su análisis adecuado requeriría la especificación de un mecanismo de recompensa; a saber, la definición de un medio apropiado para medir la GDB; la normativa para especificar dicha GDB entre la variedad de enfermedades; formas de recogida suficiente de datos para evaluar retrospectivamente el peso de cada enfermedad en el conjunto de la tasa global y hacer proyecciones plausibles de base con algunos años de anticipación; reglas para financiar reducciones específicas dentro de la tasa de morbilidad entre los innovadores registrados que contribuyen a ellas; reglas concretas para determinar una recompensa monetaria para un conjunto dado de reducciones en la GDB; mecanismos adecuados para vencer la corrupción y la especulación; y reglas especiales para las innovaciones crecientes y para el periodo de introducción gradual. Otro aspecto del diseño se refiere a la administración, por parte de la agencia, del mecanismo de recompensa y de los procedimientos de arbitraje para dirimir conflictos sobre la interpretación y aplicación de las normas. Un tercer aspecto del diseño concierne las reglas del acuerdo para financiar el programa junto con las sanciones a los países que pretendan aprovecharse de la innovación pagada con el FIS, sin compartir su costo. Existe un equipo internacional e interdisciplinario – apoyado por el Consejo de Investigaciones Australianas, la Fundación BUPA y la Comisión Europea- que está trabajando intensamente para detallar las soluciones posibles de dichos desafíos. Nuestro trabajo está documentado, y actualizado con cierto margen de tiempo, en <www.IncentivesForGlobalHealth.org>.

Concluiré con dos lecciones generales más que este ensayo apoya. Una se refiere a las disputas tragicómicas sobre la globalización. Los amigos de la globalización de la OMC gastan miles de millones para que los medios reiteren los beneficios del mercado libre y de la libre empresa. Los adversarios de la globalización de la OMC movilizan millones de personas para manifestarse contra el daño que los mercados libres amenazan con producirle al bienestar y a los valores humanos. En esta disputa desigual, ambas partes pasan por alto la realidad de la globalización de la OMC –

en general intencionalmente en el caso de sus defensores, e inadvertidamente en el de sus opositores. La realidad es que la globalización de la OMC está abriendo mercados cuando esto sirve a importantes intereses dentro de los países más poderosos, preservando barreras contra el libre intercambio cuando esto sirve a los intereses de las corporaciones dentro de los países más poderosos, y está cerrando los mercados libres y abiertos cuando esto sirve a intereses corporativos dentro de los países más poderosos. El tercer tipo se ejemplifica con el caso que hemos tratado, ya que las corporaciones farmacéuticas grandes ganaron el derecho a usar el monopolio de patentes para bloquear el comercio libre de medicamentos vitales en todo el mundo. El segundo caso se ejemplifica con las suertes desiguales del proteccionismo; o sea que, mientras los miembros pobres de la OMC se ven forzados a abrir sus mercados, los miembros más ricos mantienen sostienen sus tarifas y sus impuestos antidumping así como sus gigantescos créditos para la exportación y sus subsidios a los productores locales. Dichas medidas proteccionistas a menudo son ilegales, en teoría, bajo la normativa de la OMC pero los países menos desarrollados con frecuencia carecen de los recursos para iniciar y ganar juicios contra los EE.UU. o la Unión Europea. Más aún, un país así obtiene poco beneficio si gana, ya que los miembros ricos seguirán contraviniendo el Acuerdo, incluso frente a las reglamentaciones concisas de la OMC, seguros de que el miembro más débil tendrá la prudencia de no imponerle ninguna represalia – a la que estarían autorizados según la normativa vigente- y dichas medidas de represalia, de todas maneras, no los dañarían demasiado.

La otra lección más general es acerca del cambio político. Hay mucha queja acerca de que las corporaciones malvadas ponen las ganancias por encima de la gente, de la salud, del bienestar animal y del medio ambiente. Dichas quejas son genuinas, pero en general están mal orientadas. La *raíz* del mal no yace en cómo en las corporaciones hacen sus negocios, sino en cómo *nosotros* las reglamentamos e incentivamos. Si estructuramos los mercados de modo que las corporaciones ganen miles de millones para que la gente fume, entonces las corporaciones trabajarán mucho para lograr que la gente fume. Si estructuramos los mercados para que las corporaciones ganen miles de millones para que la gente deje de fumar, entonces las corporaciones trabajarán mucho para lograr que la gente deje de fumar. Es adecuado resaltar las responsabilidades morales de las corporaciones y de sus líderes, incluso si ello influye poco en lo que hacen. Pero también puede subestimar *nuestra* responsabilidad como ciudadanos ante la estructuración de los mercados, con el fin de fomentar una buena conducta corporativa. Habiendo fracasado allí, es *nuestra* responsabilidad diseñar políticamente reformas realistas, es decir, reformas que las corporaciones y los gobiernos más poderosos puedan apoyar o, al menos, aceptar. Dicha responsabilidad es la que motiva el esfuerzo de reforma que he descrito. Debemos reestructurar el régimen global existente de patentes para que los innovadores farmacéuticos pierdan la apuesta financiera a favor de la proliferación

de las enfermedades-objetivo y ganen, en cambio, una apuesta financiera para eliminarlas. Si podemos redirigir de esta forma los incentivos actuales, los inmensos poderes de la libre empresa se unirán *contra* las devastadoras enfermedades a las que hoy se les permite proliferar. Si logramos reorientar a las compañías farmacológicas y de biotecnología sumando sus ganancias a la reducción de las enfermedades de carga global, dichas compañías serán mucho más efectivas que la variedad actual de iniciativas *ad hoc* para derrotar estas enfermedades que tanta miseria y muerte prematura de pobres producen en todas partes. Trabajar en pos de este objetivo es realista políticamente, siempre que la reforma estructural imaginada no sea sólo interesante para los pobres del mundo sino para la industria farmacológica global, al fomentar su rentabilidad y al ayudar a restaurar su imagen empañada. Estos beneficios cuestan poco debido a la inmensa cantidad de deficiencias minimizadas con la reforma y debido a que los beneficios de la propiedad intelectual pueden extenderse sin costo alguno.

NOTAS

-
1. POGGE, T. "Propuesta para un Dividiendo sobre Recursos Globais". *Sur – International Journal on Human Rights*, São Paulo, n. 6, p. 144-169, 2007.
 2. Ibid., nota 27 y RONEY, M. The Global Millionaire Boom. *Business Week*, 18 de oct. de 2007. Disponible en Internet en: <www.businessweek.com/bwdaily/dnflash/content/oct2007/db20071017_916634.htm>. Visitado el: 1º de dic. de 2007.
 3. DAVIES, J.; SANDSTROM, S.; SHORROCKS A. Y WOLFF, E. *The World Distribution of Household Wealth*. Helsinki: Wider, 2006, Apéndice 1, Tabla 10a; y KROLL, L. & FASS, A. The World's Billionaires. *Forbes*, 3 de agosto de 2007. Disponible online en: <www.forbes.com/2007/03/07/billionaires-worlds-richest_07billionaires_cz_lk_af_0308billie_land.html>. Visitado el: 1º de dic. de 2007.
 4. Durante el periodo de globalización 1984-2004, los gastos de consumo final per cápita en el hogar (en dólares constantes) aumentó un 56,3% en los países de altos ingresos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Durante el mismo periodo, los gastos reales de consumo (con el ajuste por inflación y poder adquisitivo respectivos) aumentaron supuestamente una media de 48,62% , 33.72% en el 15º porcentual, 31,.92% en el 7º porcentual, 22,87% en el 2º y 9,64% en el 1º. Ver Tabla 6 en POGGE, T.. "Growth and inequality: understanding recent trends and political choices". *Dissent*, v. 55, n. 1, p. 82-93, 2008. Ver también MILANOVIC, B.. *Worlds apart: measuring international and global inequality*. Princeton, Princeton University Press, 2005, p. 108-111.
 5. Los datos de 1979 provienen de <www.wider.unu.edu/wiid/wiid.htm>, línea 4664. Visitado el: 5 de nov. de 2007, y de LEONHARDT, D. Larry Summers's Evolution. *New York Times Magazine*, 10 de jun. de 2007. Disponible en Internet en: <www.nytimes.com/2007/06/10/magazine/10wwIn-summers-t.html?ref=magazine>. Visitado el: 1º de dic. de 2007. Los datos de 2005 data son de RONEY, M. The

Global Millionaire Boom, op. cit., nota 2.

6. Los datos de 1990 son de la Tabla 1 de REDDY, S. Y MINOIU, C. *Chinese Poverty: Assessing the Impact of Alternative Assumptions*, 2007. Disponible online en: <www.socialanalysis.org>. Actualizado el: 24 de nov. de 2007. Los datos de 2004 son de: <devdata.worldbank.org/dataonline>. Visitado el: 24 de nov. de 2007.

7. Ver <www.wider.unu.edu/wiid/wiid.htm>, line 476 (2004). Visitado el: 25 de nov. de 2007.

8. POGGE, T. *La Pobreza en el Mundo y los Derechos Humanos*. Barcelona: Paidós, 2005.

* N.T. La tasa/carga de morbilidad global (Global Disease Burden) es un indicador de la salud global desarrollado por la Escuela Médica de Harvard y la OMS. Su intención originaria es unificar la representación del estado de salud de la humanidad a través de una única medida, en este caso la convención acuñada mediría la diferencia entre la vida prematuramente acortada de los individuos con respecto a un patrón ideal de vida humana. El cómputo sistematiza e impacto de 109 enfermedades y otros factores de riesgo en el acortamiento de las vidas, a lo que añade el descuento de los años de vida con discapacidades debido a causas conocidas y medibles. En la actualidad se trabaja en distintas propuestas para dar forma final apropiada a esta métrica. Para una discusión más detallada de este concepto ver: *The Executive Summary of The Global Burden of Disease and Injury Series; Section 1: The GBD's Approach to Measuring Health Status*. (<http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/GBDseries.html>)

9. Este cálculo supone una ganancia nominal constante por año. En la realidad, la ganancia anual puede aumentar (por ejemplo, por medio del crecimiento poblacional) o disminuir (por medio de la incidencia reducida de la enfermedad o de la competencia de las drogas "yo también" desarrolladas por las empresas de la competencia).

10. El programa conjunto de la OMS/UNAIDS, presentado en 2003, debía proporcionar para el año 2005 un tratamiento antirretroviral a 3 millones de pacientes con HIV (de los 40,3 millones estimados en ese momento) en los países menos desarrollados. De hecho, el número de pacientes que recibieron dicho tratamiento aumentó en 0,9 millones, llegando a 1,3 millones para fines de 2005. Ver OMS. *Evaluation of WHO's Contribution to "3 by 5"*. Ginebra: OMS, 2006. También disponible online en: <www.who.int/hiv/topics/me/3by5%20Evaluation.pdf>. Visitado el: 1º de dic. de 2007.

11. Un premio es una recompensa específica ofrecida por el desarrollo de un nuevo medicamento que cumple con ciertas especificaciones. Puede materializarse mediante un pago en efectivo o de cualquier otra forma, como por ejemplo, mediante la extensión de una patente sobre otro medicamento de gran demanda por parte de pacientes acaudalados. Un compromiso anticipado de compra (APC) es una promesa de comprar un cierto número de dosis de un nuevo medicamento que cumple con ciertas especificaciones, a un precio lucrativo y predeterminado. Un compromiso anticipado de comercialización (AMC) es una promesa de subsidiar la venta de una determinada cantidad de dosis de un nuevo medicamento que cumple con ciertas especificaciones. El único AMC librado hasta el momento - financiado por Italia, el R.U., Canadá, Rusia, Noruega y la Fundación Gates- es por vacunas contra la enfermedad del neumococo, principal causa de la neumonía y la meningitis entre los pobres. Los informes de noticias sugieren que está desarrollado para servir a los intereses de la industria farmacéutica en primer lugar y sobre todo. Ver, por ejemplo, MILLER, J. Vaccines for Africa 'face 700% mark-up'. *The Independent*, 18 de nov. de 2007. Disponible online en: <news.independent.co.uk/health/article3172164.ece>. Visitado el: 1º de dic. de 2007.

12. En Tailandia, Sanofi-Aventis vendió su medicamento Plavix para enfermedades cardiovasculares a 70

baht (\$2,20) por pastilla, unas 60 veces más caro de lo que el laboratorio de genéricos indio Emcure convino en ofrecer por la misma droga (clopidogrel). Ver Oxfam. *Investing for Life*. Oxfam Briefing Paper, nov. de 2007, p. 20. Disponible online en: <www.oxfam.org/en/files/bp109_investing_for_life_0711.pdf/download>. Visitado el: 1° de dic. de 2007.

13. Ver SELGELID, M. Ethics and Drug Resistance. *Bioethics*, v. 21, 2007, p. 218-29.

14. Comunicación personal de Aidan Hollis, basada en este cálculo estimativo. Ver también HOLLIS, A. *An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation* (trabajo en progreso). Calgary: Universidad de Calgary, 2005, p. 8. Disponible online en: <www.patent2.org/elibrary.html>. Visitado el: 30 de nov. de 2007. Aquí Hollis cuantifica la pérdida de peso muerto en la región "de \$5 mil millones a \$20 mil millones por año para los EE.UU. Globalmente, la pérdida de peso muerto es ciertamente mucho mayor que esta cifra, porque en muchos mercados no hay seguros con cobertura farmacéutica y, por lo tanto, los consumidores son más sensibles a los precios".

15. Ver el número especial sobre el comercio de las enfermedades, editado por MOYNIHAN R. Y HENRY, D. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 4, 2006, p. 425-65. Disponible online en: <collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006.php>. Visitado el: 1° de dic. de 2007.

16. El Acuerdo ADPIC/TRIPS es el anexo 1C del Acuerdo de Marrakesh para el Establecimiento de la Organización Mundial del Comercio, firmado en Marruecos el 15 de abril de 1994. Su texto completo está disponible online en: <www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm>. Visitado el: 3 de dic. de 2007. Los artículos pertinentes son el 8(1) y el 27(2). El texto completo de la Declaración Doha está disponible online en: <www.who.int/medicines/areas/policy/tripshealth.pdf>. Visitado el: 3 de dic. de 2007. Los artículos más importantes son del 4 al 6.

17. Para mayor seguridad, con el fin de beneficiar a muchos, en general, el logro intelectual debe codificarse físicamente en múltiples copias, ya se trate de libros, de CDs, de semillas, de muestras de moléculas de ADN, de pastillas o de vacunas. Tales muestras físicas de creaciones y de descubrimientos intelectuales tienen un costo que sube – en general a una tasa decreciente- a medida que se hacen copias adicionales. Pero tal reproducción física es separable del costo del trabajo creativo intelectual, y no le agrega nada al mismo. El ingrediente intelectual creativo que se suma a la reproducción física es completamente libre de costos al margen.

18. NOZICK, R. *Anarchy, State and Utopia*. Nueva York: Basic Books, 384 p., 1974, p.181.

19. Los pasajes más pertinentes son los de LOCKE, J. An Essay Concerning the True Original, Extent, and End of Civil Government [1689]. In: LASLETT, P. (ed.) *Two Treatises of Government*. Cambridge: Cambridge University Press, 1960, §27 y §33; y NOZICK, R. *Anarchy, State, and Utopia*, op. cit., p. 181-182. Nozick aprueba las patentes pero, tal como nuestro en el texto, su adhesión es inconsistente con las bases que él ofrece para ello.

20. En este ensayo, no trato de manera separada los argumentos utilitaristas para un régimen global de monopolio de patentes. Pero es obvio cómo están destinados a fracasar: aunque el financiar la innovación farmacéutica de modo tal que incluya a los pobres es menos conveniente para los ricos que el actual régimen globalizado de monopolio de patentes, dicho inconveniente no es nada al lado de toda la enfermedad y de las muertes prematuras que el sistema actual suma a las cargas de la pobreza.

21. Aunque de naturaleza independiente, esta injusticia se suma a las grandes injusticias nacionales e internacionales que mantienen a media humanidad atrapada en una pobreza tan severa como evitable.

22. Antes del año 2005, la legislación india permitía sólo patentes de procesos, no de productos. Como

resultado de ello, al inventar procesos nuevos para fabricar medicamentos conocidos y patentados en otros lugares, la pujante industria farmacéutica genérica de India suministraba tales medicamentos a precios baratos a los pacientes pobres tanto de la India como de todas las regiones pobres del mundo. "Pero cuando India firmó el acuerdo de la Organización Mundial de Comercio sobre propiedad intelectual en 1994, le obligaron a instituir patentes sobre los productos a partir del 1 de enero de 2005. Dichas normas poco tienen que ver con el libre comercio y mucho con las presiones de las industrias farmacéuticas de EE.UU. y de Europa. El gobierno de India ha sancionado leyes que terminarán efectivamente con la industria de la copia de drogas nuevas. Para los pobres del mundo esto será un golpe doble, ya que se les corta el suministro de medicamentos accesibles por un lado y se elimina la competencia genérica que baja el costo de las drogas de marca, por el otro." Editorial. India's Choice. *The New York Times*, 18 de enero de 2005. Disponible online en: <select.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F10610F8395C0C7B8DDDA80894DD404482>. Visitado el: 1° de dic. de 2007.

23. Un programa de promoción podría asignar la misma tarea a dos o a tres innovadores. Pero ello duplicaría o triplicaría el costo, erosionando fuertemente la ventaja del costo respecto de la alternativa del programa de atracción.

24. Ver especialmente KREMER, M. Y GLENNERSTER, R. *Strong Medicine: Creating Incentives for Pharmaceutical Research on Neglected Diseases*. Princeton NJ: Princeton University Press, 2004.

25. Se puede superar este déficit de información – aunque no los demás problemas con los premios- por medio de un sistema blando. A saber: Los planificadores publicarían las especificaciones del medicamento que quieren que se invente e invitarían a los laboratorios y a otras agencias capaces de desarrollarlo a presentar una "licitación", estipulando el premio que cada uno espera por la producción de un medicamento que esté a la altura de la calidad requerida, dentro del plazo estipulado y con una penalización por las posibles demoras. Los planificadores luego seleccionarían a la organización cuya licitación les parece más atractiva.

26. Para una excelente discusión, ver HOLLIS, A. *Incentive Mechanisms for Innovation*. Calgary: IAPR Technical Paper, 43 p., 2007, p. 15-16. Disponible online en: <www.iapr.ca/iapr/files/iapr/iapr-tp-07005_0.pdf>. Visitado el: 30 de nov. de 2007.

27. HOLLIS, A. A Comprehensive Advance Market Commitment: A Useful Supplement to the Patent System? (artículo en curso). Calgary: Universidad de Calgary, 2007. Disponible online en: <www.patent2.org/elibrary.html>. Visitado el: 28 de nov. de 2007.

28. En el caso de los medicamentos para enfermedades contagiosas, dicho beneficio se incrementará super proporcionalmente. Es decir, cada usuario de un medicamento así se beneficia del uso que otros hagan del mismo, porque un uso extendido puede diezmar o incluso erradicar la enfermedad objetivo, reduciendo la probabilidad de que dicha enfermedad se adapte y rebrote en una cepa resistente a la droga (ver nota 13).

29. Esto corresponde, en líneas generales, a la vida efectiva de veinte años de las patentes farmacéuticas, las cuales se archivan muchos años antes de salir del mercado.

30. Ver POGGE, T. *World Poverty*, op. cit., nota 8, cap. 9.

31. El QALY o año de vida ajustado en función de la calidad es una medición común de las mejoras respecto a la mortalidad y la falta de salud que constituyen la Tasa de Morbilidad Global (GDB) Puede detallarse de varias maneras, pero no tengo espacio aquí para tratarlas. Básicamente, un QALY equivale a un año adicional de vida saludable o a un periodo adicional más largo de vida deteriorada (por ejemplo, 1,25 años adicionales con un 20% de discapacidad respecto a los funcionamientos propios de su edad).

ABSTRACT

Pricing advanced medicines beyond the reach of the poor and encouraging neglect of diseases concentrated among them, the TRIPS Agreement produces avoidable death and disease on a massive scale. This injustice can be remedied through a Health Impact Fund that gives patent holders the option to price any new medicine at cost in exchange for annual reward payments based on this medicine's global health impact.

KEYWORDS

Advance Market Commitment — Disease — Health Impact Fund — Incentives — Justice — Medicine — Monopoly — Patent — Poverty — Public good — Research — Rights — TRIPS

RESUMO

Ao estabelecer altos preços para medicamentos avançados que se encontram fora do alcance de pacientes pobres e estimular a negligência de doenças concentradas nas populações mais pobres, o acordo TRIPS produz em escala maciça doenças e mortes evitáveis. Tal injustiça pode ser evitada através de um Fundo de Impacto sobre a Saúde Global (Health Impact Fund) que oferece àqueles que detêm a patente dos medicamentos a opção de oferecer os medicamentos a preço de custo em troca de uma recompensa monetária anual baseada no impacto deste medicamento na saúde global.

PALAVRAS-CHAVE

Compromisso Antecipado de Mercado – Doença – Fundo de Impacto sobre a Saúde – Incentivos – Justiça – Medicamentos – Monopólio – Patentes – Pobreza – Bem público – Pesquisa – Direitos – TRIPS

NÚMEROS ANTERIORES

Números anteriores disponibles en el sitio www.surjournal.org

SUR 1

EMILIO GARCÍA MÉNDEZ
Origen, sentido y futuro de los derechos humanos: Reflexiones para una nueva agenda

FLAVIA PIOVESAN
Derechos sociales, económicos y culturales y derechos civiles y políticos

OSCAR VILHENA VIEIRA Y A. SCOTT DUPREE
Reflexión sobre la sociedad civil y los derechos humanos

JEREMY SARKIN
La consolidación de los reclamos de reparaciones por violaciones de los derechos humanos cometidas en el Sur

VINODH JAICHAND
Estrategias de litigio de interés público para el avance de los derechos humanos en los sistemas domésticos de derecho

PAUL CHEVIGNY
La represión en los Estados Unidos después del atentado del 11 de septiembre

SERGIO VIEIRA DE MELLO
Redefinir la seguridad Cinco cuestiones sobre derechos humanos

SUR 2

SALIL SHETTY
Declaración y Objetivos de Desarrollo del Milenio: Oportunidades para los derechos humanos

FATEH AZZAM
Los derechos humanos en la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

RICHARD PIERRE CLAUDE
Derecho a la educación y educación para los derechos humanos

JOSÉ REINALDO DE LIMA LOPES
El derecho al reconocimiento para gays y lesbianas

E.S. NWAUCHE Y J.C. NWOBIKE
Implementación del derecho al desarrollo

STEVEN FREELAND
Derechos humanos, medio ambiente y conflictos: Enfrentando los crímenes ambientales

FIONA MACAULAY
Cooperación entre el Estado y la sociedad civil para promover la seguridad ciudadana en Brasil

EDWIN REKOSH
¿Quién define el interés público?

VÍCTOR E. ABRAMOVICH
Líneas de trabajo en derechos económicos, sociales y culturales: Herramientas y aliados

SUR 3

CAROLINE DOMMEN
Comercio y derechos humanos: rumbo a la coherencia

CARLOS M. CORREA
El Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a medicamentos en los países en desarrollo

BERNARDO SORJ
Seguridad, seguridad humana y América Latina

ALBERTO BOVINO
La actividad probatoria ante la

Corte Interamericana de Derechos Humanos

NICO HORN
Eddie Mabo y Namibia: reforma agraria y derechos precoloniales a la posesión de la tierra

NLERUM S. OKOGBULE
El acceso a la justicia y la protección a los derechos humanos en Nigeria

MARÍA JOSÉ GUEMBE
La reapertura de los juicios por los crímenes de la dictadura militar argentina

JOSÉ RICARDO CUNHA
Derechos humanos y justiciabilidad: una investigación en Río de Janeiro

LOUISE ARBOUR
Plan de acción presentado por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

SUR 4

FERNANDE RAINÉ
El desafío de la mensuración en derechos humanos

MARIO MELO
Últimos avances en la justiciabilidad de los derechos indígenas en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

ISABELA FIGUEROA
Pueblos indígenas versus petroleras: Control constitucional en la resistencia

ROBERT ARCHER
Los puntos fuertes de distintas tradiciones: ¿Qué es lo que se puede ganar y lo que

se puede perder combinando derechos y desarrollo?

J. PAUL MARTIN

Relectura del desarrollo y de los derechos: Lecciones desde África

MICHELLE RATTON
SANCHEZ

Breves consideraciones sobre los mecanismos de participación de las ONGs en la OMC

JUSTICE C. NWOBIKE

Empresas farmacéuticas y acceso a medicamentos en los países en desarrollo: El camino a seguir

CLÓVIS ROBERTO
ZIMMERMANN

Los programas sociales desde la óptica de los derechos humanos: El caso del Bolsa Familia del gobierno Lula en Brasil

CHRISTOF HEYNS, DAVID
PADILLA Y LEO ZWAAK
Comparación esquemática de los sistemas regionales de derechos humanos: Una actualización

RESEÑA

SUR 5

CARLOS VILLAN DURAN
Luces y sombras del nuevo Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

PAULINA VEGA GONZÁLEZ
El papel de las víctimas en los procedimientos ante la Corte Penal Internacional: sus derechos y las primeras decisiones de la Corte

OSWALDO RUIZ CHIRIBOGA
El derecho a la identidad cultural de los pueblos indígenas y las minorías nacionales: una mirada desde el Sistema Interamericano

LYDIAH KEMUNTO BOSIRE
Exceso de promesas, exceso de incumplimiento: justicia transicional en el África Subsahariana

DEVIKA PRASAD
El fortalecimiento de la policía democrática y de la responsabilidad en la *Commonwealth* del Pacífico

IGNACIO CANO
Políticas de seguridad pública en Brasil: tentativas de modernización y democratización versus la guerra contra el crimen

TOM FARER
Hacia un eficaz orden legal internacional: ¿de coexistencia a concertación?

RESEÑA

SUR 6

UPENDRA BAXI
El Estado de Derecho en la India

OSCAR VILHENA VIEIRA
La desigualdad y la subversión del Estado de Derecho

RODRIGO UPRIMNY YEPES
La judicialización de la política en Colombia: casos, potencialidades y riesgos

LAURA C. PAUTASSI
¿Igualdad en la desigualdad? Alcances y límites de las acciones afirmativas

GERT JONKER Y RIKA
SWANZEN
Servicios de mediación para los testigos menores de edad que atestiguan ante tribunales penales sudafricanos

SERGIO BRANCO
La ley de autor brasileña como elemento de restricción a la eficacia del derecho humano a la educación

THOMAS W. POGGE
Propuesta para un Dividendo sobre Recursos Globales

SUR 7

LUCIA NADER
El papel de las ONG en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU

CECÍLIA MACDOWELL
SANTOS
El activismo legal transnacional y el Estado: reflexiones sobre los casos contra Brasil en el marco de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

JUSTICIA TRANSICIONAL
TARA URS
Imaginando respuestas de inspiración local a las atrocidades masivas que se cometieron: voces de Camboya

CECILY ROSE Y FRANCIS M.
SSEKANDI
La búsqueda de justicia transicional y los valores tradicionales africanos: un choque de civilizaciones – El caso de Uganda

RAMONA VIJEYARASA
Enfrentando la historia de Australia: verdad y reconciliación para las generaciones robadas

ELIZABETH SALMÓN G.
El largo camino de la lucha contra la pobreza y su esperanzador encuentro con los derechos humanos

ENTREVISTA CON JUAN
MÉNDEZ
Por Glenda Mezarobba