

MAESTRÍA EN RELACIONES INTERNACIONALES

EMPRESAS FARMACÉUTICAS TRANSNACIONALES
COOPTAN EL LIBRE ACCESO DE MEDICAMENTOS
A ENFERMOS DE VIH/SIDA EN ÁFRICA
SUBSAHARIANA: EL CASO DE SUDÁFRICA 1997-
2001

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRA EN RELACIONES
INTERNACIONALES

P R E S E N T A :

ESMERALDA YOSELIN MARTELL
HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANA TERESA GUTIÉRREZ DEL CID

LECTORA INTERNA: DRA. GRACIELA PÉREZ-
GAVILÁN ROJAS

LECTORA EXTERNA: DRA. ADELA BEATRIZ
ESCOBAR CRISTIANI

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2016

Agradecimientos.

En primera instancia quiero agradecer a *Dios*, a la vida por dejarme concluir un nuevo peldaño en mi etapa académica.

La dedicación especial de esta investigación es para mis padres, *Santiago Martell Galicia* y *Carmen Hernández Castro* por su amor incondicional; por apoyarme; creer en mí pero sobre todo por ser mi fuerza y mi motor durante esta fase de mi vida.

A mis *hermanos* y *hermanas*, que de cierta manera son partícipes de este logro.

A los amigos que conocí durante la maestría, especial mención merecen, *Heber Ayala*, *Jorge Luis Juárez*, *Elías Matuk*, *Hugo Regalado*, *Leticia Miranda*, *Alberto Gallo*, *Raúl Baños* y *Mara Rivas*. Gracias por el apoyo mutuo, por ser un gran equipo; por compartir sus conocimientos de una manera desinteresada y por esas horas de estudio juntos. Sin ustedes y sin esos instantes de alegría y diversión nada hubiera sido igual.

A mi asesora, la *Dra. Ana Teresa Gutiérrez del Cid* que siempre me apoyó y que reafirmó en todo momento su compromiso en la dirección de esta tesis y por darme ánimos con la redacción de la misma.

A la *Dra. Ma. Antonia Correa Serrano* por su labor y esfuerzo como coordinadora de la Maestría, su trabajo es el reflejo de muchos de los logros de sus alumnos de esta generación.

A la *Dra. Adela Beatriz Escobar Cristiani* y a la *Dra. Graciela Pérez-Gavilán Rojas* por aceptar ser mis lectoras; su contribución sin duda se ve reflejada en este trabajo académico.

Agradezco a todos ustedes, ya que el logro obtenido durante este lapso de mi vida es compartido, cada uno de ustedes son parte fundamental de este resultado.

“Algunas personas triunfan porque ese es su destino, pero la mayoría de quienes triunfan decidieron lograrlo”.

Índice.

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
1. El panorama del VIH/SIDA en África Subsahariana.....	14
1.1. Un acercamiento a la epidemia del VIH/SIDA.....	14
1.1.1. Aspectos generales de la enfermedad.....	15
1.1.2. Antecedentes en la región.....	18
1.2. Factores que la desencadenaron.....	22
1.2.1. El desconocimiento de la enfermedad y la pobreza.....	23
1.2.2. La falta de programas de prevención y atención de combate a la enfermedad.....	28
1.3. Impedimentos para poder disminuir su propagación.....	31
1.3.1. Tabúes.....	33
1.3.2. Creencias locales.....	35
2. Derechos Humanos, salud y el VIH/SIDA.....	41
2.1. La salud como un Derecho Humano.....	42
2.2. El VIH/SIDA en la legislación internacional.....	43
2.2.1. La Carta de los Derechos Humanos.....	46
2.2.2. La Declaración de Viena de 1993.....	49
2.2.3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	50
2.2.4. El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.....	51
2.2.5. Los Objetivos del Milenio.....	53
2.2.6. La Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos.....	55
2.3. El acceso libre de medicamentos (antirretrovirales) en casos de VIH/SIDA en África Subsahariana.....	57
2.4. El papel del Estado en el acceso a medicamentos para combatir la enfermedad.....	58
2.4.1. Políticas Públicas existentes en materia de sanidad, prevención y control de la enfermedad.....	60

2.4.2. El poder adquisitivo en materia de medicamentos por parte del Estado para controlar la enfermedad.....	63
3. El papel de las farmacéuticas en el acceso de medicamentos para combatir el VIH/SIDA en África Subsahariana.....	67
3.1. Las empresas farmacéuticas y su poder económico.....	69
3.1.1. Características de las farmacéuticas.....	76
3.1.2. Generación de investigación en enfermedades del Norte y del Sur.....	79
3.1.3. El gasto en investigación para nuevos medicamentos vs el gasto en marketing.....	81
3.2. Sistema de Patentes: un sistema de lucro al servicio de las farmacéuticas.....	82
3.2.1. Convenio de la Unión de París.....	85
3.2.2. Tratado de Cooperación en materia de patentes.....	90
3.2.3. El ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) bajo auspicios de la OMC.....	93
3.2.4. El tema de las licencias obligatorias y las importaciones paralelas en la creación de genéricos para combatir el VIH/SIDA.....	97
4. Las empresas farmacéuticas vs el gobierno sudafricano en el tema del VIH/SIDA: una controversia internacional.....	105
4.1. Los antecedentes.....	106
4.2. La denuncia de la coalición de farmacéuticas al gobierno sudafricano.....	108
4.3. El trasfondo de la denuncia.....	110
4.4. La presión de grupos de la sociedad civil y la solución de la controversia.....	113
Conclusiones.....	128
Anexos.....	134
Bibliografía.....	137

Empresas farmacéuticas transnacionales cooptan el libre acceso de medicamentos a enfermos de VIH/SIDA en África Subsahariana: el caso de Sudáfrica 1997-2001.

Resumen.

El objetivo de esta investigación es dar a conocer el debate existente entre la salud como un derecho humano versus el poder económico de las farmacéuticas a través del sistema de patentes y mostrar específicamente este hecho en enfermedades como el VIH/SIDA en África Subsahariana. Al inicio se habla de la presencia y expansión del VIH/SIDA en África Subsahariana, que es la región del mundo más azotada por la enfermedad y las dificultades para poder contrarrestarla; en la segunda parte se muestra el derecho a la salud como un derecho humano, haciendo hincapié en la relevancia que tiene el acceso a los medicamentos para salvaguardar la vida de las personas, sobre todo para hacer alusión que así como hay un sistema legal referente a los derechos de propiedad intelectual, también hay uno existente en lo referente a la salud y por lo tanto, una contradicción que de alguna manera debe ser resuelta. En la tercera parte se muestra la importancia que tienen hoy en día las empresas farmacéuticas dentro de la economía mundial, así como en la investigación y desarrollo, la creación de nuevos medicamentos y su relación con el sistema de patentes. Finalmente, en la última parte se muestra la controversia internacional en sistema de patentes que se llevó a cabo en 1998 por parte de una colación de empresas farmacéuticas en contra del gobierno sudafricano, con la finalidad de dar marcha atrás a una ley que expidió el gobierno de Sudáfrica en 1997 para llevar a cabo la creación de medicamentos genéricos a bajo costo para contrarrestar el VIH/SIDA.

Palabras clave: empresas farmacéuticas, VIH/SIDA, África, libre acceso a medicamentos, sistema de patentes, salud como derecho humano.

Abstract.

The objective of this research is to present the existing debate between health as a human right versus the economic power of drug through the patent system and specifically show this in diseases such as HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. To start talking about the presence and spread of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa is the region most hit by the disease and the difficulties to counter it; in the second part of the right to health as a human right, emphasizing the relevance of access to medicines to protect the lives of the people shown, especially to hint that there is a reference and legal system intellectual property rights, there is also an existing one in terms of health and therefore, a contradiction that must somehow be resolved. In the third part the importance that today pharmaceutical companies in the world economy shows as well as in research and development, creating new drugs and his relationship with the patent system. Finally, in the last part of the international controversy patent system it was conducted in 1998 by a coalition of pharmaceutical companies against the South African government, in order to reverse a law that issued the government is South Africa in 1997 to carry out the creation of low-cost generic drugs to counter HIV/ AIDS.

Key words: pharmaceutical companies, HIV/AIDS, Africa, free access to medicines, patent system, health as a human right.

Introducción.

Hoy en día dentro del estudio de las Relaciones Internacionales, el Estado ya no es el único actor importante, debido a que la realidad internacional es cada vez más compleja, lo que ha dado pie a que existan otros actores que convergen con el Estado. En ese sentido, el papel que juegan las empresas transnacionales es de suma importancia. A su vez, las empresas farmacéuticas que entran en esta categorización, han cobrado un rol destacado, sobre todo en el ámbito económico.

En torno a ello, la hipótesis central que se pretenderá demostrar en esta investigación es que las empresas farmacéuticas a través del sistema de patentes, impiden la creación de medicamentos genéricos para contrarrestar los casos de VIH/SIDA en África Subsahariana. De igual forma, se pretende resaltar un debate importante y que es el entorno del problema: la importancia del lucro de las empresas farmacéuticas versus la importancia de la salud como derecho fundamental.

La relevancia de este estudio radica en tratar de sensibilizar a la sociedad internacional y también a las instancias internacionales. Destacar que el acceso libre de medicamentos para curar enfermedades y sobre todo, salvaguardar la salud es un derecho que está establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros acuerdos internacionales y que además contrarrestar el SIDA como otras enfermedades en África es un punto de suma importancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asimismo, dicho estudio pretenderá que la sociedad internacional tome acciones para evitar que el sistema de patentes enarbolado tanto por las empresas farmacéuticas como por la OMC (Organización Mundial del Comercio), sean una traba para la fabricación de medicamentos genéricos a bajo costo para controlar la enfermedad del SIDA en África y que dichas acciones vayan encaminadas a lograr una sociedad internacional más justa en torno al acceso de medicamentos de manera libre y a un bajo costo, sobre todo, tomando en cuenta que el SIDA afecta en su mayoría a países que no cuentan con el poder adquisitivo necesario para comprar medicamentos tan costosos, sólo tomando conciencia y acciones

contundentes es como pueden tenerse avances en dicha materia y sobre todo evitar que miles de personas sigan muriendo por esta enfermedad.

El tema es aún más ambicioso porque pretenderá dar sugerencias de solución al problema y también hacer una invitación a la sociedad internacional a ser partícipe en el logro de intereses sociales, pues no podemos decir que hoy en día todo gira en torno a la economía, sino que la parte social y política también son de suma importancia, además de que no se debe olvidar que el objeto de estudio de las Relaciones Internacionales es la sociedad internacional en su conjunto.

Las farmacéuticas cada vez tienen un poder mayor en el mercado, ya que las enfermedades año con año incrementan y esto da pie a que ellas se encarguen de llevar a cabo investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para erradicar o al menos controlar estas enfermedades. Sin embargo, en este aspecto, dichas empresas son un tanto cuestionadas, debido a que algunos autores como Xabier Barrutia y Patxi Zabalo señalan que su investigación se centra sólo en enfermedades que afectan al mundo desarrollado, mientras que desdeñan las enfermedades que afectan al mundo en desarrollo.

La razón de ello se debe a que los países del sur son economías pequeñas y no son un gran mercado para la distribución de los medicamentos, ya que el poder adquisitivo en dichos países es pequeño y para ellas no significa un mercado exitoso. Al contrario, en los países desarrollados, el poder adquisitivo es mayor y los consumidores pueden adquirir los medicamentos al precio que imponen las farmacéuticas, lo cual los convierte en uno de sus principales puntos de distribución y ventas. Al final, todo esto responde a una lógica de la repartición de la riqueza y por supuesto, una diferencia que se refleja en el poder adquisitivo de las personas.

De igual manera, otro punto a resaltar en esta investigación es lo que concierne al tema de las patentes, ya que estas empresas aluden que el hecho de que los precios de los medicamentos (antirretrovirales) sean altos se debe a esta I+D (investigación y desarrollo) que llevan a cabo, sin embargo, como veremos esto se pone en duda a lo largo de la

investigación, ya que muchas de las veces gastan más en *marketing* que en I+D para la mejora de estos medicamentos.

En ese sentido, el poder de las farmacéuticas no sólo se denota en el ámbito económico, ya que éste les ha conferido poder político, el cual se ve reflejado en la puesta en marcha de políticas económicas para salvaguardar sus intereses, tal es el caso del *lobby* que llevan a cabo, el cual se vio expresado en acuerdos de suma importancia como es el ADPIC o TRIPS por sus siglas en inglés (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), acuerdos que se firmaron bajo los auspicios de la OMC.

Se debe decir que se eligió la región de África Subsahariana, ya que ésta es la zona del mundo más afectada por contagios de VIH/SIDA y uno de los países de esa región en los que más se ha presentado la enfermedad es Sudáfrica, además es precisamente este país el más representativo del desacuerdo de algunos países del Sur del efecto atroz que significan para ellos los TRIPS, los cuales dejan en desventaja la producción de medicamentos genéricos y les otorga una patente por 20 años a las empresas descubridoras o que fomentan la investigación y desarrollo de un medicamento. Esto hace posible que las empresas farmacéuticas que poseen la patente puedan tener el control de la distribución, venta y sobre todo fijación de precios en el mercado. Dando lugar a que en enfermedades como el VIH/SIDA los medicamentos se coticen a un alto precio, siendo inaccesibles para el mundo en desarrollo.

Por otra parte, se escogió el periodo 1997-2001, ya que en Sudáfrica el aumento de casos de VIH/SIDA se convirtió en un problema de salud pública, por lo tanto, el gobierno se vio en la necesidad de otorgar permisos a compañías nacionales para fabricar versiones más baratas de los medicamentos cuyas patentes son controladas por compañías farmacéuticas extranjeras. De esta manera, las firmas locales pueden producir y vender en Sudáfrica luego de pagar un monto razonable en derechos de venta a las empresas extranjeras. Al incrementar la competencia, las licencias obligatorias pueden contribuir a que los precios sean más bajos (Singh, 2001, septiembre/octubre) en comparación de los

que manejan los medicamentos antirretrovirales de las farmacéuticas. Ante ello, y viendo la acción emprendida por el gobierno sudafricano, las empresas farmacéuticas decidieron imponer demandas al país haciendo alusión que esto estaba prohibido y que iba en contra del ADPIC.

En dicha controversia, existió el apoyo en un inicio del gobierno de Estados Unidos a favor de las empresas farmacéuticas, debido a que ellas ejercieron influencia para que el gobierno de dicho país las apoyara. Sin embargo, la presión social que desplegaron organizaciones civiles que luchan contra el SIDA en el mundo fue tal, que al final, las empresas farmacéuticas tuvieron que ceder a dichas exigencias y retiraron las demandas, con la finalidad de conservar su imagen pública. Esto dio pie a que el gobierno sudafricano pudiese aplicar lo relativo a las *licencias obligatorias e importaciones paralelas* (dos de las flexibilidades que permite el ADPIC) en caso de una emergencia o urgencia nacional, como es la crisis del VIH/SIDA.

Al final, esto deja entrever que los TRIPS son un tanto ventajosos para las empresas farmacéuticas transnacionales, ya que se da la creación de un monopolio de los mismos, al no permitir que los países del Sur lleven a cabo la creación de medicamentos genéricos a bajo costo, todo ello alegando que ellas llevan a cabo la investigación y desarrollo de los mismos, pero ¿qué hacer cuando los países en desarrollo como es el caso de los africanos, no poseen la capacidad de pagar esos medicamentos para combatir una enfermedad que como el SIDA, se ha convertido en un problema de salud pública? Por lo tanto, se debe meditar una cuestión de suma importancia: la salud como derecho humano o la salud como interés económico, porque debemos recordar que la salud está estipulada en el Art. 25 de la Declaración de los Derechos Humanos como un derecho fundamental.

En ese mismo sentido, cabría preguntarnos si la salud debería ser vista desde un ámbito de interés económico y de lucro por parte de actores como son las empresas farmacéuticas o como un caso de interés social y humano como lo estipulan acuerdos internacionales de suma importancia como lo son la Constitución de la OMS, la misma Declaración de los Derechos Humanos, La Carta Social Europea, la Convención

Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Declaración de Alma-Ata, la Declaración Mundial de la Salud, la Declaración del Milenio, por mencionar algunos.

Es por ello, que esta investigación pretende dar a conocer tal problema y también tratar de buscar soluciones y propuestas a un tema que de cierta manera, deja abierto un serio debate acerca de lo que significa la salud en el mundo y que además incumbe a la sociedad internacional, porque esto no sólo sucede con enfermedades como el VIH/SIDA, sino con muchas otras, como lo son el caso de las enfermedades olvidadas (tuberculosis, malaria, la enfermedad de Chagas, etc.) y que en su momento se pueden convertir en pandemias (como lo sucedido recientemente con el ébola), en las cuales, forzosamente, la sociedad internacional tendría que actuar y tomar medidas serias y contundentes.

Con la finalidad de llevar a cabo un estudio esquematizado del problema y con ello exponer de manera lógica el fenómeno de estudio, la presente investigación se divide en cuatro capítulos.

El primero de ellos se dedica a esbozar de manera general, el panorama del VIH/SIDA en África Subsahariana, poniendo especial atención en las implicaciones de esa enfermedad, cuándo surge en la región, los principales factores que la desencadenaron, los impedimentos para poder disminuir su propagación, entre ellos, los tabúes y creencias que aún prevalecen en la población, los programas que han ayudado a combatir la enfermedad y las políticas públicas locales en materia de salud para contrarrestarla, por mencionar algunos.

El segundo capítulo incluye una revisión de lo que es la salud como un Derecho Humano, tomando en cuenta que está considerada como tal en varios documentos legales internacionales, a saber: La Declaración de los Derechos Humanos, La Declaración de Viena de 1993, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, Los Objetivos del Milenio, La Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, etc. De igual manera, se hace

hincapié en que el derecho a la salud también va de la mano de otro que es fundamental, el libre acceso a medicamentos. Asimismo, se hace un análisis del papel que juega el Estado en el acceso a medicamentos para combatir la enfermedad, para ello, se pone énfasis en las políticas públicas existentes en materia de sanidad, prevención y control de la enfermedad, así como el poder adquisitivo del Estado en la compra de medicamentos para afrontar el VIH/SIDA en África Subsahariana.

El tercer capítulo profundiza el papel de las farmacéuticas en el acceso de medicamentos, en especial para combatir enfermedades como el VIH/SIDA. Se hace un análisis exhaustivo acerca del papel que juegan las empresas farmacéuticas, su poder económico y político en el sistema internacional, sus ganancias exorbitantes, el supuesto gasto en investigación y desarrollo que llevan a cabo, lo que según ellas, es causa de los altos precios de los medicamentos en el mercado, cuando muchos autores denotan que gastan más en publicidad que en I+D y también cómo centran su investigación en enfermedades que afectan a países de primer mundo, desdeñando la investigación de enfermedades del tercer mundo, debido a que son mercados pequeños y no lucrativos. De igual manera, su interés en el sistema de patentes y de derechos de propiedad intelectual, estipulado en el ADPIC y cómo esto de cierta manera va en detrimento para lograr el acceso libre de medicamentos en zonas en vías de desarrollo como es el caso de África Subsahariana. Para analizar más detalladamente este punto, se utilizará la teoría neoliberal, globalista o pluralista de las relaciones internacionales.

Finalmente, el cuarto capítulo presenta como caso de estudio lo sucedido en Sudáfrica, en específico la controversia que se suscitó entre el gobierno de ese país y las empresas farmacéuticas, debido a que en 1997 Sudáfrica promovió una ley que permite al gobierno producir o importar versiones más baratas de los fármacos todavía protegidos por patentes. Las autoridades alegaron que con cuatro millones de personas con VIH a su cargo, la industria farmacéutica no reaccionó adecuadamente para ayudar a costear el alto precio del tratamiento de los infectados. Mientras las compañías acusaron a Sudáfrica de no reaccionar ante el problema del SIDA hasta que estaba fuera de control. Lo importante en este apartado es dar a conocer dicha controversia y poner en la balanza el debate entre

pacientes-salud versus patentes-empresas farmacéuticas. Asimismo, se dará a conocer el papel tan relevante que jugó la sociedad civil, ejerciendo presión a las empresas farmacéuticas para que se retractaran de tal demanda y se analizará dicha influencia a través de la teoría crítica, en específico lo que concierne a la importancia de los movimientos sociales.

1. El panorama del VIH/SIDA en África Subsahariana.

“Hemos recorrido un largo camino, pero no hemos llegado hasta donde quisiéramos. Es evidente que tendremos que esforzarnos aún más para asegurarnos de que los recursos y las acciones necesarias están a la altura del compromiso que hemos contraído. No podemos alegar que hay problemas comparables que son más importantes, o más urgentes. No podemos aceptar que “surgió otro asunto” que nos obligó a dejar el SIDA en suspenso. Siempre habrá otro asunto”
Kofi Annan (1938). Premio Nobel de la Paz 2001.

En este primer capítulo se dará a conocer el tema del VIH/SIDA y su presencia en África de una manera general y detallada. Esto es importante para poder comprender la temática que nos compete, debido a que permitirá al lector tener una noción de lo que es la enfermedad, cuándo surgió, cómo se ha dado su propagación y sobre todo hacer hincapié en los factores que la han desarrollado y expandido en África Subsahariana y el mundo.

Esto es de suma importancia, debido a que es necesario conocer el panorama general que enmarca a la enfermedad, ya que de esta manera, el lector se familiarizará con los conceptos y entenderá la dimensión que dicha enfermedad ha representado en el mundo pero específicamente, que comprenda los alcances, consecuencias y problemas que ha dejado sobretodo en el continente africano.

1.1. Un acercamiento a la epidemia del VIH/SIDA.

El VIH es una enfermedad que se ha propagado en todo el mundo. Se piensa que los primeros casos de SIDA se detectaron en 1981 en Estados Unidos, aunque es probable que existiera en otras partes del mundo con anterioridad. Los científicos establecieron en 1984, que el SIDA es la enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH; en inglés HIV), un virus persistente, hasta el momento, que se transmite principalmente de una persona a otra, a través de la sangre, o por contacto sexual.

Se dice que la enfermedad ha traído consigo muchas muertes a lo largo del orbe, hay alrededor de 33 millones de personas en el mundo que tienen VIH o SIDA. En los Estados Unidos, alrededor de 1.2 millones de personas viven con el virus. Más de dos millones de personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el SIDA (The Patient Education Institute , 2014).

Por otra parte, según la OMS, actualmente esta enfermedad ha causado alrededor de 36 millones de muertes en todo el mundo (OMS, 2013, octubre). Teniendo en cuenta dichos datos, podemos advertir que el alcance del SIDA ha sido muy grande y que su expansión año con año va en aumento.

Los factores que la han convertido en una enfermedad de alcance mundial se mencionarán en este mismo capítulo, sin embargo, esto nos hace atender a que el fenómeno es trascendental y que su impacto en el mundo y sobre todo en el estudio de las Relaciones Internacionales es de importancia. Debemos decir que tal trascendencia es la que ha mostrado el interés por estudiar el tema, ya que el hecho de que se haya expandido en tan poco tiempo de su aparición y sobre todo el impacto en el número de muertes que ha ocasionado hace denotar que algo no está funcionando para dar solución a las exigencias de la enfermedad o de emprender las acciones necesarias para tratar de minimizar los costes que trae consigo.

De hecho tal enfermedad está presente en todos los continentes y es un hecho que los países más vulnerables a ella, son los del Tercer Mundo, sobre todo porque no existen las condiciones necesarias para evadir la enfermedad, principalmente debido a la falta de ingreso para la compra de medicamentos y ello se agrava con la falta de educación y cultura acerca del significado de lo que es el SIDA. El panorama aunque es un tanto desalentador, hay acciones que se están llevando actualmente con la finalidad de minimizar los efectos de esta enfermedad que se ha convertido en global.

1.1.1. Aspectos generales de la enfermedad.

El VIH es un lentivirus, y al igual que todos los virus de este tipo, ataca el sistema inmunológico. Los lentivirus son a su vez parte de un grupo más grande de virus conocidos como retrovirus. El nombre "lentivirus" literalmente significa "virus lento" debido a que toman mucho tiempo para producir efectos adversos en el cuerpo. Éstos se han encontrado en cierto número de animales diferentes, incluyendo gatos, ovejas, caballos y ganado. Sin embargo, el lentivirus más interesante en cuanto a la investigación de los orígenes del VIH

es el Virus de Inmunodeficiencia en Simios (SIV) que afecta a los monos y que se cree tiene por lo menos 32 000 años de existencia (Averting HIV and SIDA, 2014).

El VIH ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente (Diccionario de Etimología, 2014). Es decir, se ve más propensa a padecer una serie de enfermedades, debido a que las defensas naturales del cuerpo, que en este caso son los glóbulos blancos son destruidas por el virus, lo que da pie a que el sistema inmune que es el que ayuda a crear anticuerpos para evitar enfermedades, se vea debilitado.

La manifestación se da con la presencia de una enfermedad leve similar a la mononucleosis, que se caracteriza por la presencia de fiebre, faringoamigdalitis, malestar general y linfadenopatía cervical¹, que persisten durante una o dos semanas (Vázquez, 2011). La fase más avanzada de la infección por el VIH se le denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo de la persona. El SIDA se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

Son dos los virus que producen el SIDA: el VIH-1 y el VIH-2. El primero es más frecuente en el hemisferio occidental, en Europa, Asia y África central, del sur y oriental. El VIH-2 es el que causa el SIDA en África Occidental, a pesar de que allí muchas personas están infectadas con la especie VIH-1.

Hace unos años se estimaba que el SIDA había alcanzado proporciones de epidemia, con más de 500 000 casos y 300 000 muertes registradas en los Estados Unidos y 146 000 casos y 67 000 muertes en América Latina, hasta octubre de 1995. En España, hasta 1998, se habían registrado 60 000 casos y 33 000 muertes y se estima que en Estados Unidos hay más de un millón de infectados. África es el continente más afectado con la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud estima que en 1996, 20 millones de

¹ Inflamación de los ganglios linfáticos cervicales que se encuentran alrededor de la cabeza y el cuello.

personas estaban infectadas con el VIH en todo el mundo y que el número se incrementará a 30 o 40 millones en 2000 (Merck Sharp & Dohme de España, 2014).

Como podemos ver dichas cifras nos dan idea de la realidad que se presentaba en los años noventa con respecto a las muertes causadas por la enfermedad, sin embargo, hoy en día esas cifras fueron rebasadas, denotando que el problema ha persistido durante los últimos años e incluso que se ha agravado, debido a que el número de muertes por VIH/SIDA, aumentaron. Según la OMS, actualmente, más de 35,3 millones de personas están infectadas por el VIH, de las que 2,1 millones son adolescentes (de 10 a 19 años). Todos los adolescentes son vulnerables al VIH debido a los cambios físicos y emocionales que experimentan, y a una posible mayor tendencia a adoptar conductas de riesgo, inherente a ese período de la vida. La gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países de ingresos bajos y medios. Se estima que en 2012, unos 2,3 millones de personas contrajeron la infección (OMS/Oatway, 2009).

Formas de contagio:

La enfermedad se transmite principalmente por el contacto con fluidos que contengan el virus, entre ellos destacan la sangre, el semen, las secreciones vaginales, el líquido del cerebro y de médula espinal y la leche materna. Las vías de contagio más conocidas son:

- Por relación sexual (vaginal, oral u anal) con una persona infectada por el VIH.
- Al compartir agujas, material de inyección o de consumo de drogas.
- Por la llamada transmisión vertical (de madre a hijo).
- Ser receptor de una transfusión de sangre o de un producto hemoderivado con fecha anterior a 1987, esto en el caso de España (DMedicina, 2014).

Podemos deducir a partir de esto que las personas más propensas a padecer SIDA son los bebés de madres enfermas con VIH que durante el embarazo no recibieron ningún tipo de tratamiento para combatir la enfermedad, los drogadictos que comparten jeringas

para inyectarse drogas vía intravenosa y las personas que tienen relaciones sexuales sin protección o con prácticas sexuales de riesgo.

En el siguiente apartado veremos más allá de cómo se desarrolla la enfermedad cómo es que aparece y las principales causas de su expansión a nivel global, poniéndole especial énfasis en su desarrollo en el continente africano, lo cual explicará en gran medida, el que sea el continente con más casos detectados de enfermos con VIH/SIDA.

1.1.2. Antecedentes en la región.

El SIDA no fue descubierto hasta que fueron localizados los primeros casos en Estados Unidos a principios de los años ochenta. Aunque hay vestigios que la enfermedad se gestó mucho antes y que incluso el verdadero origen no fue en este país, sino en África como veremos en líneas posteriores.

Existe otra teoría acerca de su origen, se dice que el virus fue creado en laboratorios militares estadounidenses, esto con la finalidad de eliminar los elementos de la sociedad innecesarios y la extensa población del Tercer Mundo. Tal como lo afirma el Alto Oficial de la Inteligencia Naval Militar de EE.UU, (ONI-Office of Naval Intelligence) división administrativa, que forma parte de la Corporación de Inteligencia de los Estados Unidos Teniente Col. Milton W. Cooper quien revela que:

“El Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV/AIDS), fue desarrollado en instalaciones biológicas militares de la base de Fort Detrick en 1972 por el Departamento de Defensa (DOD-U.S. Department of Defense) y el Pentágono, como parte del Proyecto MK-NAOMI, siguiendo una orden ejecutiva directa y dando cumplimiento a una Agenda global establecida por el Departamento de Estado” (Cooper, 2014, 31 de mayo).

Se debe decir que no podemos tomar como cierta esta afirmación, ya que hace falta información al respecto, sin embargo, es una teoría que podría ser verdadera o no. Por lo tanto, se necesitaría indagar más, probablemente en otra investigación. A pesar de ello, no se puede dejar de lado, ya que si fuera el caso, es un recurso valioso para fines de esta investigación.

Los primeros casos se encontraron sobre todo cuando médicos estadounidenses empezaron a observar que había grupos de pacientes con enfermedades muy poco comunes. Dichos casos se detectaron entre homosexuales de Nueva York y California. Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel, así como un tipo de infección pulmonar que transmiten los pájaros. Posteriormente aparecieron casos en personas que usaban drogas por vía intravenosa y receptores de transfusiones de sangre. En 1982 se dio nombre a esta enfermedad: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Desde entonces el SIDA ha matado aproximadamente a unos 25 millones de personas en todo el mundo y ha dejado huérfanos a 12 millones de niños sólo en África (National Geographic, 2014). Esto es lo que denota la importancia de estudiar al VIH SIDA en dicho continente.

Se dice que el verdadero origen de la enfermedad se dio en África. Esta tesis fue aceptada después de años de investigación, ya que durante décadas, nadie supo las razones que motivaron el nacimiento de la epidemia del SIDA. Pero ahora está claro que su nacimiento y su decisivo y temprano crecimiento se produjo durante la era colonial de África, en medio de una intrusión masiva de nuevas personas y tecnología en una tierra donde aún prevalecían las rutas antiguas (Timberg y Halperin, 2012).

Al parecer el padecimiento proviene de un virus similar al que produce la enfermedad pero que se presenta en diferentes especies de simios, denominado Virus de Inmunodeficiencia Símico (VIS), el cual de alguna forma pudo mutar en el VIH que produce la enfermedad en los humanos (Averting HIV and SIDA, 2014).

Referente a ello existe una serie de investigaciones que se llevaron a cabo para encontrar el verdadero origen del virus en la región. A continuación se indicarán las teorías que son más aceptadas respecto su origen en los humanos y cómo es que se extrapolo de los simios a la especie humana, hasta convertirse en lo que es hoy en día: el VIH/SIDA.

Una de las principales muestra que los antecedentes del SIDA se dieron en la densa selva en el sureste del Camerún. Se hace alusión a que fue en el par de décadas anteriores o

posteriores a 1900. Se tiene una idea bastante acertada de cómo pudo suceder: un cazador cazó un chimpancé infectado para comer, haciendo así que el virus pasara de la sangre del chimpancé al cuerpo del cazador, posiblemente a causa de un corte mientras despedazaba la pieza (Timberg y Halperin, 2012).

Durante décadas, nadie supo las razones que motivaron el nacimiento de la epidemia del SIDA. Pero ahora está claro que su nacimiento y su decisivo y temprano crecimiento se produjo durante la era colonial de África. Es decir, esta teoría avala que el nacimiento del SIDA se dio en primera instancia en los monos y de ahí se transmitió al ser humano, después con la tecnología y con el auge expresado a través de los movimientos sociales del colonialismo es que se expande.

Existe otra teoría que se denomina de la aguja contaminada, que explica que el virus se expandió en los años ochenta debido a que se hizo extensivo el uso de jeringas desechables, esto se convirtió en algo común en el mundo y su uso fue encaminado a la aplicación de medicamentos de una forma barata y estéril. Sin embargo, se alude que en el caso de África, la compra de estas jeringas tendría que haber sido demasiada y por lo tanto, muy costosa, de ahí se deduce que una sola jeringa se utilizó para inyectar a varios pacientes sin ninguna esterilización de por medio, trayendo consigo el traslado de partículas virales (por ejemplo, dentro de la sangre de un cazador contaminado con el virus) y así sucesivamente de una persona a otra, dando consigo el escenario propicio para que el virus mutara en el cuerpo de cada individuo en el que se transmitió, incluso cuando el Virus de Inmunodeficiencia Símic dentro de la persona que originalmente fue infectada aun no se convirtiera en VIH (Timberg y Halperin, 2012). Es decir, la expansión se dio debido al uso irracional e indiscriminado de una sola jeringa, expandiéndose así el virus de persona a persona. Sin embargo, como se alude en líneas anteriores sólo son teorías y se deberá hacer una indagación más concreta al respecto.

Otra teoría que gira en torno al origen del VIH es la que se denomina de la colonización y nos menciona que durante los siglos XIX y principios del XX, África se vio bajo el yugo de fuerzas coloniales, sin embargo, dicho colonialismo se vio más exacerbado

en zonas como África Ecuatorial Francesa y el Congo Belga, ya que varios africanos fueron forzados a trabajar en los campos, donde evidentemente el saneamiento era precario, los alimentos eran escasos. En tal escenario era evidente que estos factores propiciaron una mala salud en cualquier persona, dando como consecuencia que esa población fuese vulnerable para que el VIS se infiltrara, debido a que sus sistemas inmunológicos eran débiles, para luego convertirse en VIH, todo ello debido al probable consumo de algún chimpancé enfermo con VIS.

Moore alude en ese mismo sentido a la existencia de mujeres prostitutas que habitaban los campamentos de esos trabajadores, con la finalidad de hacer más ligera la carga de trabajo, dando el escenario perfecto para la expansión del VIH (Timberg y Halperin, 2012). Como podemos ver este otro argumento nos dice que el origen del VIH se da en la época colonial, siendo el escenario propicio, debido a las escasas condiciones de salud y el trabajo forzado, dejando a los trabajadores inmunológicamente débiles y propicios a contraer el SIV, además de que uno de los factores que también lo pudieron provocar es la prostitución.

La última teoría existente es la que se denomina de la conspiración y argumenta que el VIH es obra del ser humano, ésta se basa en una encuesta que fue realizada en Estados Unidos a un grupo de afroamericanos que creen que el virus fue fabricado como parte de un programa de guerra biológica, sobre todo para acabar con parte de un grupo de raza negra y de homosexuales. Muchos dicen que el virus se extendió (ya sea deliberada o sin intención) a miles de personas de todo el mundo a través del programa de vacunación contra la viruela, o para los hombres gays a través de ensayos de vacunas contra la hepatitis B (Timberg y Halperin, 2012). Como podemos observar, todas estas teorías con excepción de la última y hacen hincapié en que el origen del VIH se dio en África, y que de ahí se expandió al resto del mundo.

Se puede notar que las teorías que giran en torno al surgimiento del VIH SIDA y su posible expansión caen en el argumento que fue en África y que de ahí se expandió al mundo, sin embargo, no podemos tomarlas como certeras al cien por ciento, ya que al final

es una teoría y además faltan más argumentos para percibir las como verdaderas. Ninguna de estas teorías puede ser refutada en definitiva, la evidencia dada que las respalda generalmente se basa en suposiciones y especulaciones, y pasan por alto el claro vínculo entre el VIS y el VIH o el hecho de que el virus ha sido identificado en las personas ya en 1959. Sin embargo, tales argumentos nos pueden dar una idea más real y ya no alejada de la realidad de la aparición del VIH.

Algo que es necesario mencionar es que el primer caso oficial del SIDA en África se notificó en 1982. Sin embargo, Avert, una organización benéfica internacional del SIDA con sede en el Reino Unido, cita estudios pasados que indican casos de SIDA en África en la década de los años sesenta, la enfermedad alcanzó niveles de epidemia en África en la década de 1980 y continuó extendiéndose en los años que siguieron. La transmisión de la enfermedad era especialmente rápida en el área de África del Este en el Lago Victoria (Hall, 2014). Hoy en día este padecimiento es conocido en todo el mundo y los efectos que ha dejado tras de sí son vastos.

1.2. Factores que la desencadenaron.

La propagación del VIH/SIDA se ha debido a varios factores, los cuales han motivado que la enfermedad se desplace de un lugar a otro. Se debe aludir a que las causas son variadas y también depende de la región de la que estamos hablando. Como se sabe una de las causas más conocidas o próximas es la falta de uso de preservativo dentro de las relaciones sexuales.

Actualmente, el SIDA se ha convertido en una pandemia global que afecta a todos los países del mundo. Por ejemplo, en 2006, se ha calculado que 39,5 millones de personas han padecido el VIH/SIDA. De ellas, casi tres millones han muerto (Rodríguez, 2013). Lo que nos hace pensar que los alcances de la epidemia han sido de grandes dimensiones.

Sin embargo, la región más afectada por la enfermedad es África Subsahariana donde se registran dos tercios de los casos totales de VIH y casi el 75 por ciento de muertes de SIDA. Las tasas de infección varían pero son los países del sur de África los más

afectados. En Sudáfrica se estima que el 29 por ciento de las mujeres embarazadas tienen el VIH (Rodríguez, 2013). Es por ello, de vital importancia para fines de esta investigación avocarnos a África y cómo es que se ha propagado la enfermedad en tal región tomando en cuenta, según los datos anteriores que es la región a nivel mundial más afectada o donde el número de casos ha costado más muertes en el mundo.

Esto nos da pauta para mencionar que otras de las consecuencias de la propagación de la enfermedad, sobre todo, en el caso de África es la influencia de factores sociales que permean de cierta manera una disminución en los casos de contagio, entre ellos podemos mencionar: las prácticas culturales arraigadas, la pobreza, la ignorancia, la falta de acceso a instalaciones médicas adecuadas así como la falta de campañas de concientización adecuadas acerca del significado de la enfermedad, por mencionar algunas. Es por ello que la finalidad de este apartado será entrar en este panorama y ahondar en estos temas, lo cual, se pretende en líneas posteriores.

1.2.1. El desconocimiento de la enfermedad y la pobreza.

Uno de los grandes problemas que aquejan a África es el SIDA y éste ha sido originado muchas muertes en la zona. Una de las causas de la propagación de la enfermedad en África es la pobreza, la cual aqueja a la gran mayoría de los países de esta región. Podemos ver que algunos de los problemas a los que se enfrentan las sociedades africanas son a la falta de acceso al agua potable, la falta de luz, la carencia de alimentos es otro de los problemas derivado de la pobreza, etc.

Así por ejemplo, las cifras son alarmantes: más de trescientos millones de personas viven con menos de un dólar al día, treinta millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición y el 43% de la población no tiene agua potable, la esperanza de vida se ha rebajado de 49 a 46 años a causa de esta enfermedad. África registra el 70% de los casos de SIDA del mundo, con más de 2,2 millones de muertes al año. Otro problema importante es la escasez de agua, situación que se agrava con las fuertes sequías y la mala administración del agua (Pobreza Mundial, 2014). Podemos ver que los datos son los que reflejan la difícil

situación a la que se enfrentan las personas en África y si le sumamos que el SIDA es un mal que aqueja a la región, la falta de recursos sólo lo hace empeorar más.

Por su parte, las zonas rurales son punto de vulnerabilidad, ya que no cuentan con la infraestructura necesaria, por ejemplo, no hay carreteras adecuadas y si las hay no son suficientes. La gran mayoría de la población sufre de desnutrición y no se cuenta con infraestructura médica, tampoco hay hospitales donde los enfermos puedan ser atendidos. Esto da cuenta de la triste realidad a la que se enfrenta la sociedad africana y si le sumamos que el padecimiento del VIH/SIDA se ha vuelto una constante, sólo hace pensar las difíciles condiciones que se presentan en esa zona del mundo para al menos tratar de minimizar la enfermedad.

Así por ejemplo, datos de la FAO nos muestran que más de dos tercios de la población de los 25 países africanos más afectados con VIH viven en zonas rurales. En las zonas rurales hay menos información y servicios de salud que en las ciudades. La población rural, en consecuencia, tiene menos posibilidades de saber protegerse del VIH y, en caso de enfermar, de obtener atención (FAO, 2014). Como podemos ver, la pobreza es más acentuada en la zona rural y si el problema ya es grave, en las zonas rurales, es aún más, ya que eso conlleva a una precariedad tanto en la falta de servicios básicos como también el acceso a infraestructura médica y por ende, de medicamentos, lo que hace más difícil la situación del SIDA.

Otra consecuencia se ve reflejada en mayor medida en países pobres, ya que éstos poseen un alto grado de contagios por SIDA, lo que ha traído consigo que absorban recursos médicos dedicados a esta enfermedad, en la cual, los pacientes con VIH/SIDA están desplazando a otros pacientes, ya que el número es elevado y existen hospitales donde la mayoría de la población está contagiada por la enfermedad, dejándose de atender otras enfermedades que si bien no son tan elevadas como el SIDA, no son menos importantes. Otra cuestión también de suma importancia es que los casos de muertes en personal médico agrava la situación. Tal como lo demuestra un estudio del *Population Reference Bureau*, que nos dice:

La pérdida de personal de atención sanitaria por muertes de SIDA es otro golpe al sector sanitario en países altamente afectados. Es una pérdida especialmente sentida porque la necesidad de sus conocimientos profesionales sigue aumentando a medida que más personas se enferman de SIDA. Según el servicio de salud de Sudáfrica, el 14% de su personal (primordialmente enfermeras) murió de SIDA entre 1997 y 2001. El SIDA también socava la moral de los trabajadores de salud, a medida que aumenta la carga de trabajo y tensión, y presencian altos niveles de mortalidad entre niños, adultos jóvenes y sus propios colegas (Lamprey, Johnson y Khan, 2006, marzo, p. 12).

Ahora, el SIDA también tiene un impacto negativo tanto en el comercio como en la industria. Debido a que al aumentar el número de trabajadores infectados, esto afecta negativamente en la producción de las empresas, sobre todo en las mineras, que son las que ocupan gran cantidad de mano de obra. Así por ejemplo, según un estudio en una mina de platino se calcula que en el 2000, los casos de SIDA entre los empleados casi se duplicaron y el porcentaje de infectados ascendió a un 26% (Revista El Despertar, 2001, 8 de febrero, pp. 13-15). El aumento de los infectados se ve reflejado en que muchos que son trabajadores de minas ya no lo pueden hacer y esto afecta en las horas productivas de las empresas, lo que trae consigo un coste, además de que debemos sumarle el hecho de que hombres en edad activa debido a la enfermedad ya no pueden trabajar y esto se traduce en una falta de ingreso económico para ellos y sus hogares, haciendo más extensiva la pobreza, también tiene un impacto en la capacidad de las familias de producir y comprar alimentos. Así por ejemplo Rau, B. y J. Collins nos dicen que:

“Una de las tónicas que ha propiciado los contagios son los cambios económicos y sociales, puesto que éstos dan las condiciones propicias que ponen en riesgo a decenas de millones de personas en situación de riesgo de contagiarse con el VIH”. Por su parte, las iniciativas que simplemente "tratan de cambiar los comportamientos (o situaciones de riesgo) no bastan para frenar la epidemia. Los factores determinantes de la epidemia exceden en mucho el ámbito de la voluntad individual". La pandemia no se eliminará considerándola como una mera enfermedad. El VIH/SIDA es concomitante de la pobreza, prolifera en la pobreza y, a su vez, produce pobreza” (Rau y Collins, 2000).

Sin embargo, dichos autores hacen alusión a que si bien la pobreza es una de las causantes del VIH, no en todos los casos, ya que no se puede generalizar, así por ejemplo,

mencionan que tanto Sudáfrica como Botswana que son considerados como países ricos dentro de África en comparación con el resto, y si la regla general fuera que sólo los países pobres padecen esta enfermedad, ambos no tendrían por qué presentar este problema, a pesar de ello, Sudáfrica es el que posee los más altos niveles de contagio del mundo. Si bien la mayoría de las personas con VIH/SIDA son pobres, muchos otros que no lo son también se han contagiado.

De igual manera, los factores que acompañan la pobreza propician el contagio: desnutrición; falta de agua potable, de saneamiento y de condiciones higiénicas de vida; niveles generalmente bajos de salud; sistemas de inmunidad debilitados; alta incidencia de otras infecciones, incluidas las genitales, y exposición a enfermedades como la tuberculosis y el paludismo; inadecuados servicios públicos de salud; analfabetismo e ignorancia; presiones en favor de los comportamientos de alto riesgo; problemas que van desde la migración laboral hasta el alcoholismo y la violencia por motivos de género; inadecuada respuesta de los líderes estatales al VIH/SIDA, o a los problemas de los pobres; y, por último, falta de confianza o de esperanza en el futuro (Epstein, 2002, 9 de mayo). Como podemos observar, los factores que propician la enfermedad, entre ellos la pobreza, ésta a su vez desencadena otros tantos que van de la mano y que hacen se agrave aún más.

Según la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés), la desigualdad agudiza los efectos de la pobreza y la combinación de pobreza y desigualdad tal vez impulsa la epidemia. Por ejemplo, un camionero sudafricano no está bien remunerado en comparación con los ejecutivos que dirigen su compañía, pero es rico en comparación con los habitantes de las zonas rurales que atraviesa. Para una mujer en una parada de camiones, un hombre que dispone de 50 rands (10 dólares) es rico; su desesperante necesidad de dinero para alimentar a su familia puede empujarla a someterse a relaciones sexuales sin protección, aun cuando ella esté al tanto de los riesgos. Esto nos deja vislumbrar que la pobreza, evidenciada en la falta de fuentes de trabajo, hace en muchas ocasiones que las mujeres se vean en la necesidad de prostituirse y ésta es una actividad de riesgo para la expansión de la enfermedad.

Otra de las causas de la propagación del VIH /SIDA en África es el desconocimiento de la enfermedad, traducido en la ignorancia. Hay muchas personas que tienen conocimiento de que están contagiados o que sospechan pero se rehúsan a hacerse la prueba necesaria para salir de dudas.

Se debe decir que en muchas ocasiones los servicios de detección son de muy difícil acceso, por ello, muchas personas infectadas ignoran que portan el virus. Cuando, luego de los exámenes, advierten su situación, el impacto es desastroso no sólo para ellas sino también para sus familias y sus relaciones personales, debido a que deben enfrentarse a situaciones como el rechazo social, profesional, dando lugar a una confusión de identidad tanto social, como económica y cultural.

Esto da origen a que muchas personas infectadas oculten que son portadores de la enfermedad, incluso no lo comentan con sus parejas y amistades. Otras ocasiones sucede que no le dan la importancia necesaria, debido a la pobreza o también a su elevada posición social y, en algunos otros casos lo que sucede es que no lo informan debido a su trabajo, que los obliga a estar en constante movilidad, tal es el caso de los conductores de camiones, comerciantes, ambulantes, marinos, soldados, mercenarios, funcionarios, trabajadores de minas, etc.), dando lugar a que no presten responsabilidad en sus prácticas sexuales y en parejas ocasionales que llegan a tener, además de que las zonas de concentración de la epidemia y de la prostitución están localizadas precisamente donde se ubican estas actividades laborales, sobre todo en las zonas fronterizas nacionales (Programa de Atención UNESCO/ONUSIDA, 2003, p. 33).

Otra de las cuestiones en este mismo sentido, es que en países de África, como es el caso de Sudáfrica, se ha fomentado la pseudociencia como alternativa para luchar contra la enfermedad, esta situación también se presentó en la India. En ambos países se dijo que la enfermedad era causada por factores ambientales y no que fuera contagiosa y originada por un virus (Rodríguez, 2013). Este es un grave problema, ya que en zonas donde la falta de educación y de desconocimiento de la enfermedad o de al menos un acercamiento a los factores que ella implica es prevaeciente, este tipo de información permea y hace que se

tomen como verdades, lo cual ocasiona que no haya un verdadero panorama de lo que es el VIH y por ende, tampoco se conoce sus causas como sus consecuencias a futuro.

Ahora bien, existe un movimiento llamado “negacionismo del SIDA”, el cual consiste en toda una serie de corrientes místicas que pretenden negar la existencia del VIH y/o su relación con la enfermedad. A pesar de las abrumantes evidencias de la existencia del VIH y su acción en el organismo, estos grupos predicán irracionalmente en multitud de páginas, vídeos y revistas solemnes barbaridades sobre una supuesta conspiración internacional confabulada para hacer creer lo que para ellos es una enfermedad (Rodríguez, 2013). Finalmente, esto trae consecuencias para la población africana, ya que debemos recordar que para muchas de estas sociedades lo místico es parte de su vida y lo preocupante de ello es que debido a la ignorancia, a la falta de educación y de cultura, esto se toma como realidad, lo que trae consigo un empeoramiento del panorama con respecto al contagio por el VIH.

1.2.2. La falta de programas de prevención y atención de combate a la enfermedad.

Como hemos detallado a lo largo de este capítulo, el problema del VIH/SIDA en el caso africano es una constante y su propagación en lugar de disminuir se expande conforme pasan los años, ante este panorama se debe decir que uno de los puntos importantes para evitar que se incrementen los casos de contagio evidentemente es la prevención, pues es a través de ella que se prepara a la población para evitar la ignorancia, el desconocimiento y los efectos que trae consigo tal enfermedad. Tal como lo argumenta Lori S. Ashford:

“A medida que el VIH continúa propagándose (por no existir ni cura, ni vacuna), la prevención sigue siendo el enfoque clave para restringir la epidemia. La forma más común de transmisión del VIH es por contacto sexual, por lo que la prevención está estrechamente relacionada a la conducta sexual y la salud reproductiva masculina y femenina. Entre los programas de prevención efectivos se encuentran las intervenciones que promueven la abstinencia sexual, reducir el número de compañeros/as sexuales, y utilizar condones de forma sistemática y correcta, así como la asesoría y pruebas de detección del VIH. La mezcla más apropiada de estas intervenciones depende de las características de los grupos infectados por el VIH. Los

programas efectivos también consideran los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la conducta de la gente” (Ashford, 2006, diciembre, p. 3).

Podemos percatarnos que parte de la prevención va de la mano de actividades sexuales no arriesgadas, así como también del uso de preservativos durante la relación sexual y a la vez dichas prácticas son efectivas si también se toman en cuenta los factores que inciden en la sociedad, entre ellos, los económicos y sociales, ya que cuando se toman estos factores en cuenta, se están llevando a cabo programas de prevención adecuados de acuerdo a la población que se trate.

Sin embargo, en el caso de África como se mencionó en líneas anteriores, la existencia de condiciones adecuadas de salud es débil, debido a la pobreza existente y que se generaliza. Ante ello, los programas de salud para evitar la enfermedad son pocos. Para ello,

“La OMS define el fortalecimiento de los sistemas de salud como la capacidad en los componentes críticos de los sistemas de salud (políticas, financiación, recursos humanos, gestión de servicios y sistemas de información y monitoreo), a fin de lograr ciudades más equitativas y sostenibilidad en todos los servicios sanitarios y mejores resultados de salud. "3 por 5" ha contribuido a que los gobiernos, los donantes y los organismos técnicos concedan más prioridad al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, con implicaciones alentadoras en la realización de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud. "3 por 5" ha desafiado la creencia de que también la terapia antirretroviral no puede administrarse donde sólo existen sistemas básicos de salud” (OMS, 2006, marzo p.11).

De igual manera, se debe decir que para que un programa de prevención tenga éxito debe basarse en varios componentes, ya que si sólo se toman en consideración algunos, puede que no se atienda a toda la población y esto repercutirá en un impacto nacional mínimo. La combinación más eficaz de estos componentes depende del contexto cultural así como de las necesidades de prevención específicas y de las características de los grupos claves. Es por ello, que en el caso de África Subsahariana, se deben tomar en consideración los grupos étnicos y los estratos sociales, los cuales son muy variados dependiendo del país

que se trate, al tener esto en consideración es muy probable que el programa de salud encaminado a minimizar el problema del VIH/SIDA tenga mayor éxito.

Ahora bien, lo que África necesita urgentemente son programas de prevención del VIH bien canalizados y que sean de alto impacto. Es bien sabido que en efecto, para lograr esto hay impedimentos de suma importancia como lo es la falta de conocimiento de la enfermedad, la falta de educación e instrucción, la ignorancia, etc. Por lo que se hace necesario educación sobre las formas de transmisión del VIH, sobre cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales y las formas de eliminar las relaciones sexuales de alto riesgo, y cómo adoptar conductas menos peligrosas o buscar servicios, y tener acceso a los insumos o servicios necesarios para protegerse (Lampthey, et al., 2006, marzo, p. 13).

De la misma manera, minimizar los casos de contagio se ha convertido en un reto con lo que se pretende controlar la propagación de la epidemia, a su vez esto ayudará a proporcionar tratamiento a personas que viven con el VIH/SIDA y de esta forma mitigar el impacto que la epidemia ejerce sobre los países pobres. Esto se logrará a través del trabajo en conjunto de diversos actores, a saber: la comunidad internacional, los gobiernos, la sociedad civil, las ONG, etc., los cuales tienen que llevar a cabo tareas como:

- Asegurarse de que la prevención continúe siendo el enfoque principal de los programas de combate del SIDA, incluso donde exista tratamiento.
- Mejorar la infraestructura de salud y la capacidad para proporcionar servicios.
- Reducir la pobreza, el analfabetismo y otros factores económicos, políticos y sociales que elevan la vulnerabilidad a la infección del VIH.
- Reducir el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH (Ashford, 2006, diciembre, p. 4).

Por su parte, existen gobiernos como el sudafricano que han reforzado los programas de prevención en los últimos años, ya que debemos recordar que Sudáfrica hoy en día es el país que más casos de VIH/SIDA presenta, a tal grado que en 1997 llevó a declarar que se había convertido en un problema de salud pública, lo que dio origen a la

controversia internacional entre el gobierno sudafricano y las empresas farmacéuticas por la creación de genéricos, tema que será visto más adelante en esta investigación.

A su vez, podemos decir que “En Sudáfrica 6,1 millones de personas viven con el VIH. Desde 2009, el gobierno ha ampliado de forma masiva los programas de prevención y tratamiento del VIH. Según el Departamento Nacional de Sanidad, en 2012 unos 2,2 millones de personas accedían al tratamiento contra el VIH, lo que lo convierte en el mayor programa de tratamiento contra el VIH del mundo. Los datos muestran que el número de nuevas infecciones por el VIH ha caído de 540 000 nuevas infecciones en 2004 a 370 000 en 2012” (ONUSIDA, 2014, 17 de enero). Si bien esto nos demuestra una reducción en los casos de VIH/SIDA en la actualidad, no es motivo para dejar de implementarlos, ya que desgraciadamente la región de África Subsahariana sigue teniendo el mayor número de contagios a nivel mundial.

Como podemos darnos cuenta, el trabajo debe ser conjunto, ya que hay que recordar que los países en desarrollo como son los que pertenecen a la región de África Subsahariana se encuentran en una posición menos favorable que la del resto del mundo, ya que la pobreza es un mal endémico que aqueja a la gran mayoría de los países que la integran, lo cual hace más difícil que la población tenga al acceso a servicios médicos, al uso de preservativos que en esa región del mundo es tan caro como proporcionar antirretrovirales y a las campañas de prevención en general. Muchas veces esto es lo que hace que la enfermedad se extienda alrededor de la región, es por ello, que se considera de suma importancia que se dé la existencia de programas que ligen la prevención del VIH con otros programas de salud reproductiva, ya que esto puede ayudar a reforzar todos estos objetivos y en última instancia a salvar más vidas.

1.3. Impedimentos para poder disminuir su propagación.

Como sabemos el riesgo de contraer la enfermedad está condicionado por una serie de factores sociales y culturales que a su vez tienen que ver con las cuestiones de género y sobre todo del actuar tanto de hombres como mujeres. También es bien cierto que las mujeres como los niños son los grupos más vulnerables en contraer la enfermedad, en el

caso de las mujeres muchas de ellas se contagian, debido a las prácticas de riesgo de los esposos, las cuales en muchas de las ocasiones desconocen que están infectadas por el virus. Así, todo esto converge, el desconocimiento, la ignorancia y el actuar propio de hombres como mujeres, haciendo todavía más complejo el panorama del VIH/SIDA en África.

Por ejemplo, Ashford, asevera que “en algunas regiones las mujeres son más vulnerables que los hombres, y su muerte despoja a las familias de la principal fuente de atención personal. En el África Subsahariana y el Caribe, donde el virus se transmite predominantemente por contacto heterosexual, las infecciones del VIH son mayores entre las mujeres que entre los hombres” (Ashford, 2006, diciembre, p. 2). Esto como lo dije, se debe a que los esposos tienen en ocasiones más de una pareja sexual e incluso en muchos de los casos ellos ni siquiera saben que están contagiados y así el virus se transmite de esposo a esposa. Lo más grave de ello es que en el caso de las mujeres, cuando están enfermas y mueren debido a la falta de medicamentos, dejan niños huérfanos, lo que ha ido en aumento en los últimos años.

A pesar de que muchos gobiernos han emprendido campañas para reducir la enfermedad, éstas en muchas ocasiones no han tenido éxito. Porque tal cual mencionamos en líneas anteriores hay una serie de factores que han impedido disminuir la propagación en la región, entre los que podemos mencionar y que son muy claros son los que se refieren a las prácticas locales habituales que lejos de ayudar propician más su expansión. En tal aspecto, se debe reconocer que África es una región permeada por una cultura aún muy arraigada, que en ocasiones se suele criticar e incluso descalificar por parte del mundo occidental, encasillando dichas prácticas como retrógradas, no quisiera entrar en detalle al respecto, sin embargo, se debe aludir a ello, ya que todo esto a veces influye en los análisis que se hacen acerca del mundo africano. Creo que se debe reconocer la diferencia, entenderla y a partir de ella, hacer una crítica.

Se debe decir al lector que dichas prácticas forman parte de una cosmovisión, de una manera diferente de ver al mundo y es lo que nosotros como espectadores desde

occidente debemos entender, en África no todo es negatividad y muerte, hay actividades culturales que también le dan una riqueza y que sólo teniendo un acercamiento más fuerte con la región se entienden dichas concepciones. A su vez, también se debe admitir que algunas de estas prácticas culturales y sociales han permeado en que no haya una disminución de los casos de VIH/SIDA pero también se debe tomar en cuenta que no es determinante en el aumento de los contagios, porque como ya hemos dicho, su expansión ha dependido de muchos otros factores. Es por ello que en este apartado, se denotarán dichas prácticas para entender sólo una faceta de las causas culturales y sociales en África que de cierta manera han significado un freno a la expansión de la enfermedad.

1.3.1. Tabúes.

Uno de los problemas o de las trabas a las que se enfrenta la sociedad africana para la disminución del VIH/SIDA es que hoy en día, prevalece el estigma². Una descripción más sensible a las cuestiones antropológicas sugiere que el estigma se genera colectivamente, y que surge de valores, prejuicios y tabúes compartidos. En esta observación, aunque el fortalecimiento de los individuos es (evidentemente) importante, es a nivel de la comunidad donde la verdadera reducción del estigma tiene lugar. Podemos ver que el estigma nace y se reproduce e incluso se puede reducir en el mismo seno de la sociedad.

Para los epidemiólogos el estigma constituye una parte integral de la respuesta a la enfermedad. La historia epidemiológica indica que “etiquetar y culpar” es una etapa común en el proceso de todas las epidemias. Dado que generalmente las epidemias no se anticipan, esta es una etapa que no se puede evitar porque está generada por el temor, la ignorancia ante lo desconocido y por la correspondiente urgencia de encontrar un chivo expiatorio al que culpar del desastre (Paterson, 2005).

Como podemos ver, el estigma es derivado del proceso propio de la enfermedad y que además va de la mano sobre todo del miedo a lo que significa la enfermedad, a la

² La definición que da Goffman del estigma, citada a menudo como “identidad deteriorada”, hace alusión a cómo el individuo estigmatizado aprende a conformarse con su condición y a ‘arreglárselas’ en función de sus relaciones con los demás y con la sociedad.

ignorancia y para (de cierta manera) encontrar a un culpable de lo que le sucede a las personas que están infectadas por el VIH/SIDA.

Así, podemos ver que lo que hace el estigma es desprestigiar a una persona ante los ojos de los demás y tiene consecuencias en cómo los individuos se perciben a sí mismos, es decir, trastoca la identidad de las personas. En el caso del VIH/SIDA es muy común que el estigma sea parte del proceso de la enfermedad, ya que lo reproduce la ignorancia y las creencias que se tienen con respecto a la epidemia. En pocas palabras, el estigma es darle a algo una menor importancia de la que se tiene y esto a su vez tiene que ver con la discriminación. Así por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por el ONUSIDA se menciona que:

“Gran parte del estigma relacionado con el VIH/SIDA se construye sobre concepciones negativas anteriores y las refuerza. A menudo se cree que las personas con el VIH/SIDA merecen su destino porque han hecho algo malo. Con frecuencia estas malas acciones se vinculan con relaciones sexuales o con actividades ilícitas o reprobadas por la sociedad, como el consumo de drogas intravenosas. Los hombres infectados pueden ser percibidos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres con el VIH/SIDA son percibidas como promiscuas o profesionales del sexo. A menudo, la familia y la comunidad perpetúan el estigma y la discriminación, en parte por miedo, en parte por ignorancia y en parte porque resulta cómodo culpar a quienes se han visto afectados primero” (Aggleton y Parker, 2002, pp. 8-9).

Como se puede ver el estigma es en parte gran responsable de señalar, de sobajar, categorizar y estereotipar a las personas que viven con el VIH/SIDA, pues esto hace que se tache a las personas que padecen la enfermedad como malas, que contrajeron esa enfermedad porque se lo merecen, etc., además de que se afirma que llevan prácticas sexuales con un grado de libertinaje, es decir, es la misma sociedad la que reproduce esas categorizaciones, claro está, lo hace a través del desconocimiento y la ignorancia. En el caso del VIH es muy común que la sociedad tenga miedo del contacto con un enfermo, hay creencias arraigadas y generalizadas, por ejemplo, de que si saludas de beso a un infectado te contagiará, cuando sabemos que esto no es así, debido a que el contagio como se

mencionó al inicio de este capítulo, se da principalmente a través del contacto sexual, por uso indiscriminado de agujas, por transfusiones de sangre y de madre a hijo, vía perinatal.

Así por ejemplo, se dice que en África el estigma es una acción muy arraigada, y que la verdadera batalla contra el SIDA en África se libra en las familias y los pueblos africanos, donde rara vez llega la autoridad estatal. Esta clase de discriminación es profundamente personal y adopta muchas formas: niños que hacen el vacío a otros niños en sus juegos o suegros que rechazan a la viuda de un hijo fallecido a causa de la enfermedad (Aggleton y Parker, 2002, p. 9). Es decir, el estigma es predominante, finalmente, este tipo de situaciones hace que el grupo que padece VIH o las personas que sufren la pérdida de un familiar por esta enfermedad sean mal vistos dentro de las sociedades africanas, lo cual denota una capacidad de intolerancia, donde volvemos a redundar, la ignorancia juega un papel central.

Otro de los aspectos que va conjunto al estigma es la discriminación por género, es decir, el hecho de padecer SIDA y agregarle que es una mujer hace mayor el grado de rechazo social, puesto que se debe decir, en algunas sociedades africanas, la mujer juega un papel central en el desarrollo de las sociedades, porque a través de la maternidad, ella lleva a asegurar la consecución de la vida. Por su parte, en África, las normas de género están arraigadas profundamente en el contexto socio-cultural de cada sociedad. Las instituciones y tradiciones de cada sociedad son las encargadas de hacer cumplir estas normas. Las normas socio-culturales crean las nociones de masculinidad y feminidad que a su vez generan relaciones de poder desequilibradas entre los hombres y las mujeres (Banerjee y Sharma, 2008, mayo, p. 9). Cabe mencionar, que estas actitudes se repiten aun más cuando una mujer tiene el VIH SIDA, lo cual como veremos en líneas posteriores, tiene que ver con otras cuestiones relativas a los roles de género que le son asignados a las mujeres, especialmente en el seno de las sociedades africanas.

1.3.2. Creencias locales.

Como se mencionó anteriormente en África aún hay tradiciones arraigadas, que en algunas ocasiones contribuyen a la vulnerabilidad hacia la enfermedad. Esas tradiciones culturales

varían mucho dependiendo el país y si el lugar es rural o urbano. También depende de las condiciones socioeconómicas, de la situación de predominancia o de minoría del grupo dado, a las condiciones de estabilidad o inestabilidad de la vida cotidiana. Así, por ejemplo, en un estudio de la UNESCO, nos dice que:

“En Sudáfrica, la de ayer y la de hoy, el pueblo Zulú ha dado siempre una importancia fundamental a su cultura y a sus tradiciones, y se apoya en ellas para definir sus modos de relación con el poder central (antes, con el régimen blanco; hoy, con el gobierno actual). En otros casos, son las poblaciones rurales quienes mantienen las tradiciones, al verse amenazadas por razones económicas, políticas o sociales. Es lo que se observa por ejemplo entre las comunidades tribales seminómadas del valle del Alto Mekong, en Myanmar, en Tailandia, en el Yunán chino, y en el norte de Laos. Ahora bien, en ninguno de esos casos las tradiciones han servido para proteger a las poblaciones ante la infección, y probablemente han más bien contribuido exponerlas aún más” (Programa de Atención UNESCO/ONUSIDA, 2003, p. 38).

Es decir, a pesar de que las tradiciones se preservan y son de suma importancia para la identidad de los pueblos, en muchas ocasiones esto no ayuda a la protección de la enfermedad, sino en varias ocasiones provoca que haya una mayor vulnerabilidad a contraer el virus.

Así, algunas prácticas tradicionales conllevan al riesgo, ya sea porque están en relación directa con rituales físicos, o con normas y prácticas generales, ejemplos de ello son la violencia ritual contra las mujeres, las muchachas y los niños, la circuncisión y la excisión femenina³ (González, 2002, mayo-agosto, p. 308-309), los ritos de iniciación, las

³ Al respecto María de Lourdes González Prieto concuerda en que el término circuncisión, excisión, mutilación femenina no son adecuados, debido a la carga ideológica o a su imprecisión. Para ella la forma correcta es hablar de cirugía sexual femenina, aludiendo que éstas difieren del lugar donde se lleven a cabo y por ello, no es correcto generalizar. Así, nos dice que las cirugías genitales femeninas en África reciben diversos nombres de acuerdo con el tipo de operación que se realiza, y esto depende de la localización y extensión de los tejidos que son afectados o eliminados, pero también de acuerdo con la posición ideológica de la persona que emplea el término. El término *circuncisión femenina*, por ejemplo, es ampliamente usado todavía para hacer énfasis en el carácter ritual del procedimiento, a semejanza de la circuncisión que se realiza a los hombres, aun cuando en términos estrictamente médicos y antropológicos la equivalencia no es exacta, ya que en el caso de las mujeres la cirugía genital involucra tejidos y estructuras musculares mucho más amplios que en el caso de los hombres, y de igual forma las funciones genitales y sexuales sufren una importante modificación en el caso femenino, lo que no sucede con la circuncisión masculina, que implica solamente la resección del prepucio. En todo caso, la operación equivalente a la circuncisión masculina sería la circuncisión *sunna*, que consiste en la simple remoción del capuchón del clítoris, es decir, únicamente de la capa epidérmica externa, sin afectar la estructura ni las funciones de este órgano.

mezclas de sangre en ritos de fraternidad, etc., que ocurren en ciertos países del África central como Angola, República Democrática del Congo o Zambia. Se debe aclarar que estas prácticas no son una constante en toda África, sólo se realizan en algunas zonas, aunque se debe decir que algunas de ellas se llevan a cabo bajo condiciones insalubres y esto es lo que de alguna manera puede contribuir a que se haga mayor el problema de contagios.

Otro de los puntos a denotar es que el papel de la mujer en algunas sociedades africanas tiene un rasgo de desigualdad ante el hombre, ya que en muchos casos el rol de género prescrito para la mujer, o “feminidad”, demanda un papel de sumisión, pasividad en las relaciones sexuales e ignorancia acerca del sexo. El mismo también impide que las mujeres busquen y reciban información relacionada con la prevención del VIH (ONUSIDA, 2002).

Es decir, el rol de género es causante de un papel de sumisión y desconocimiento de lo que son las relaciones sexuales y esto lleva a una ignorancia que se ve reflejada en prácticas sexuales peligrosas o en su defecto, en que las mujeres ante la sumisión del esposo, no obtengan la información necesaria acerca del uso de los preservativos, en algunos casos el propio esposo impide el uso del condón debido a que (por ignorancia o machismo) lo considere innecesario y si a esto le sumamos que el marido es infiel o lleva a cabo prácticas sexuales con prostitutas, esto ocasiona una mayor exposición a la enfermedad.

La práctica del uso de los anticonceptivos también va de la mano del papel de la maternidad. Como mencioné en líneas anteriores, en muchas sociedades africanas el papel de la maternidad es muy importante, ya que la mujer es concebida como procreadora, ya que da el sustento de la continuidad de la vida. Además de que en algún momento en África prevaleció el matriarcado. Es por ello, que la importancia de la mujer como generadora de vida es vital y hoy en día se da la creencia de que el uso del condón permea esa finalidad. Así por ejemplo,

“En algunas culturas la maternidad es un aspecto fundamental de la feminidad, por lo que el uso de anticonceptivos, así como de otros métodos que sirven para evitar el embarazo, implica un problema y un reto casi imposible de remontar para las mujeres y hombres que quieren balancear sus deseos de tener hijos con la prevención del VIH. En culturas donde la virginidad tiene un alto valor, las mujeres jóvenes buscan preservarla al practicar comportamientos sexuales alternativos, como el sexo anal, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH” (Banerjee y Sharma, 2008, mayo, p. 9).

Con esto nos podemos dar cuenta que en realidad la mujer está más en riesgo de contraer la enfermedad, debido a este tipo de prácticas culturales que se dan en la sociedad africana, ya que están más expuestas, debido a la falta de uso de preservativos, esto con la finalidad en primera instancia para continuar con la generación de vida, así como también la virginidad juega un papel muy importante, dando lugar a que se maximicen las prácticas de riesgo, dejando a la mujer en un papel de mayor vulnerabilidad.

Existe otro tipo de actitudes que de cierta manera pueden significar un foco rojo en la propagación de la enfermedad, así por ejemplo, tenemos que la desigualdad de género en las relaciones maritales, especialmente en la toma de decisiones sexuales, aumenta la vulnerabilidad a la transmisión del VIH. La tendencia de los datos sobre las nuevas infecciones por el VIH sugiere que la incidencia del VIH está aumentando entre mujeres y niñas casadas alrededor del mundo, siendo las relaciones heterosexuales sin protección y poco seguras el factor más importante en la transmisión del VIH.

Otra práctica que también se da en algunas regiones de África y que puede ser un factor de relevancia para el contagio del VIH/SIDA es el de la poligamia, ya que esta práctica permite a los hombres tener más de una esposa.

Al respecto, Banerjee y Sharma (2008, mayo, p.11) mencionan que la poligamia crea redes sexuales concurrentes dentro del matrimonio entre varias esposas y su marido, adicionalmente a cualquier contacto sexual extra-marital que éste pueda tener. La transmisión sexual directa del VIH puede ocurrir en esas redes sexuales concurrentes cuando el virus ha sido introducido a través de los contactos sexuales extramaritales del marido o cuando una nueva esposa que ya vive con VIH entra en la unión poligámica. Esto

evidentemente da lugar a que el caso de infecciones sea mayor y que incluso haya un desconocimiento por parte de las esposas de que el marido esté infectado y a su vez que ellas lo estén.

Finalmente otro factor que también puede ser detonante para poder minimizar los casos de contagios es el papel de la religión. Se debe decir que la religión marca las líneas éticas de muchos aspectos de la vida diaria, de igual manera, orienta las creencias y normas que rodean a la sexualidad. La mayoría de las creencias moldeadas por las religiones prohíben el sexo antes del matrimonio, los anticonceptivos incluyendo el uso de condones y la homosexualidad. Algunas religiones también consagran un rol sumiso de la mujer, alimentan la desigualdad de género en las relaciones matrimoniales y promueven la ignorancia de las mujeres en temas sexuales como un símbolo de pureza. La sexualidad y los estereotipos de género formados por las religiones pueden impedir los esfuerzos de prevención y por lo tanto, aumentar la vulnerabilidad a la infección del VIH.

Como se pudo ver, durante este capítulo se dieron las directrices generales para poder entender la presencia y desarrollo del VIH/SIDA en África, esto con la finalidad de tener un panorama general de lo qué ha significado esta epidemia a nivel mundial, poniendo especial atención en su propagación en África. Esto servirá de base para que en los capítulos subsiguientes se entienda el proceso que conforma el problema de estudio y también para que el lector comprenda porque precisamente se denota este problema específicamente con el VIH/SIDA.

Asimismo, uno de los aspectos de suma importancia que se dio denotó fue que entorno a la enfermedad hay una serie de factores socioculturales y económicos que suelen impedir que haya una disminución de contagios en África, en donde se debe decir, que el problema no sólo depende de un agente, sino de muchos y donde el papel del Estado tiene también injerencia y todo esto se conjunta con aspectos de tipo económico, los cuales también se convierten en una traba para poder tener acceso libre a medicamentos para poder minimizar la enfermedad.

Teniendo como base lo expuesto en este capítulo, en el siguiente se llevará a cabo una revisión de lo que es la salud como un derecho humano fundamental, esto tomando en cuenta la legislación internacional que existe en torno al tema y relacionarlo con el tema que nos compete: el VIH/SIDA, ya que esto nos ayudará a entender cómo es que tanto el derecho a la salud está avalado por una legislación internacional y contrastarlo con la legislación que confiere el poder a las empresas farmacéuticas a través del sistema de patentes.

2. Derechos Humanos, salud y el VIH/SIDA.

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí.

La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”.
Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993, Declaración y Programa de Acción de Viena, párrafo 5.

“La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA. El respeto de los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA impulsa una acción eficaz”.

Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001.

El estudio del VIH/SIDA no puede dejar de ser analizado desde una perspectiva de los derechos humanos, ya que por ser una enfermedad contagiosa, esto en algunas ocasiones lleva a las sociedades a segregar, discriminar y estigmatizar a las personas que son portadoras del virus, lo cual a su vez, conlleva a la violación de derechos básicos.

Hay un gran número de legislaciones que tratan este tema desde ese ámbito, y se debe decir que hay una estrecha relación entre lo que es esta enfermedad con el derecho a la salud, el cual como veremos es un derecho fundamental inalienable al ser humano, ya que al no procurarse la salud, se deja de lado la preservación de la vida. Es por ello, que en este capítulo se pretende dar esta visión, la importancia de la salud como parte de un derecho fundamental y en ello, gran parte tiene que ver con el acceso libre de medicamentos, que en el caso del VIH/SIDA, muchas veces se ve limitado por el actuar de terceros agentes, como es el de las empresas transnacionales, tema primordial de este tema de investigación.

Por otra parte, Manuel Fernández Mateo dice “que como personas humanas, los enfermos de VIH/SIDA también se encuentran amparados por las normas protectoras de los derechos fundamentales que se han dictado a nivel internacional” (Fernández, 2003, noviembre, p. 7). Es por ello, que la revisión de los principales mecanismos jurídicos internacionales relativos a salvaguardar los derechos de las personas portadoras del virus es tan necesaria.

Sin embargo, en esta investigación y contrastando los intereses de las farmacéuticas, se puede decir que se contraponen ambos temas, aludiendo a Juan Hernández Zubizarreta:

“La tesis del pensamiento único ha convertido en dogma que todo lo que implique más Estado, no es compatible con el fundamentalismo del mercado, que debe ser una institución con una estructura mínima garante del orden público interno y externo. De ahí, que la falta de recursos económicos del Estado, se convierta en límite infranqueable para la actualización de derechos humanos básicos como la alimentación, vivienda, salud, educación, trabajo digno y protección social; derechos que no se consideran ni formalizables, ni universalizables y, por tanto, no exigibles jurídicamente, reenviándolos al terreno de lo meramente declarativo” (Hernández, 2009).

2.1. La salud como un Derecho Humano.

Como se explicó en líneas anteriores, el derecho a la salud es uno de los más importantes si se le relaciona con el derecho a la vida, ya que éste es básico en la procuración de la existencia humana. Tal como lo menciona Manuel Fernández Mateo “según la doctrina del derecho internacional, los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes. Son numerosos los supuestos estudiados por la jurisprudencia que afectan a dos o más derechos reconocidos internacionalmente” (Fernández, 2003, noviembre, p. 7). Esto es de suma importancia en la relación existente entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, ya que ambos se relacionan entre sí y al no cumplirse uno se afecta inmediatamente la observancia del otro.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. La cantidad de instrumentos que hacen alusión al derecho a la salud son variados, entre los cuales podemos mencionar: el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto internacional de los Derechos Civiles y Políticos, algunos de carácter regional como la Carta Social Europea y la Carta Africana de los Derechos y de los Pueblos. Sin embargo, uno de los problemas de estas legislaciones es que no son vinculantes, es decir, no generan derechos y obligaciones, muchos de estos documentos en el caso del VIH/SIDA sólo tienen carácter de recomendación ética o moral, que apelan a la buena voluntad de los Estados.

Sin embargo, hay algunos otros como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual también hace alusión al tema de la vida y de la salud, que a través de la práctica internacional, ha tenido ese carácter vinculante. Dicho documento será tratado en esta investigación en el siguiente apartado, sobre todo para entender que dicha legislación puede ser tomada como la máxima en la cuestión de la relación del VIH con otros derechos fundamentales como es el caso de la salud y de la vida.

En el caso de la salud, existen programas nacionales, provinciales y municipales mediante los que las leyes referidas a temas de salud son puestas en práctica. Estos programas se encargan de facilitar el acceso de la población a la prevención, la atención y el tratamiento de diferentes temas. Para llevar a cabo estos programas, existen diversas instituciones como los ministerios, secretarías, departamentos nacionales, provinciales y municipales. Y es aquí donde el papel del Estado es de suma importancia, ya que éste tiene la función exclusiva de hacer valer y garantizar los derechos básicos, entre los cuales se encuentran la salud y el acceso libre de medicamentos.

Esto se debe a que cuando los Estados ratifican los tratados o convenciones internacionales en materia de derechos humanos, tienen la obligación de respetar y garantizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Asumen con ello la responsabilidad de asegurar que sus leyes, políticas y prácticas nacionales sean compatibles con los derechos humanos. Es deber de los Estados no sólo no infringir directamente los derechos, sino también asegurar las condiciones que permitan su respeto, protección, goce y ejercicio (Badilla, 2007, p. 104). Por ello, los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen garantizar los servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse solamente como el derecho a estar sano.

2.2. El VIH/SIDA en la legislación internacional.

Como sabemos las leyes son una herramienta fundamental para que se lleve a cabo la convivencia social, ya que éstas nos marcan lo que está permitido y lo que no. De ellas

también se desprenden los derechos de las personas y asimismo las obligaciones que tiene el Estado. Así por ejemplo, el marco legal sobre el VIH se compone de un amplio conjunto de documentos de derechos humanos que desde hace muchos años reconocen, tutelan y garantizan los derechos fundamentales de todas las personas, particularmente en relación con el VIH/SIDA (Badilla, 2007, p. 104).

No cabe duda de que la importancia del VIH/SIDA ha recobrado fuerza, debido a que se ha convertido en un problema de salud de carácter global. Y la preocupación de que el tema del VIH/SIDA sea visto desde una perspectiva de los derechos humanos, ha llevado a instancias internacionales a que se reconozca esta perspectiva, esta forma de ver el tema para garantizar sobre todo, los derechos que como humanos tienen los portadores de la enfermedad. Así por ejemplo, la OMS fue la iniciadora como portavoz de esta iniciativa, promoviendo en 1989 la Primera Consulta Internacional sobre SIDA y los Derechos Humanos donde participaron la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) y la OMS.

La finalidad de esta reunión era ayudar a que los Estados miembros de las Naciones Unidas plantearan políticas de acuerdo a las necesidades que requiere el tema del VIH. Después de reunirse en varias ocasiones en 1996 se promulgaron las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos⁴, dentro del marco de la Segunda Consulta Internacional del VIH/SIDA y los Derechos Humanos (Ugarte y Miranda, 2004, octubre/diciembre).

La gama de derechos que se incluyen en este documento, podemos darnos cuenta que en el caso de las personas con VIH/SIDA en muchas ocasiones se ven vulnerados, debido a que el desconocimiento y temor la gran mayoría de las veces se propaga entre la

⁴ Según este documento, los derechos a los que poseen los enfermos con VIH/SIDA son derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley, derecho a la vida, salud, libertad y seguridad, libertad de expresión, estar libre de tratos inhumanos, inhumanos y degradantes, libertad de tránsito, derecho al matrimonio y a formar una familia, educación, trabajo, derecho a un nivel adecuado de vida, seguridad social, asistencia y bienestar, derecho a solicitar y gozar de asilo, compartir los avances científicos así como a sus beneficios y participar en la vida pública y cultural.

misma sociedad lo que se concreta en discriminación y en ir degradando la posición de ser humano de estos enfermos.

Otro documento importante es la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, la cual se firmó en la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en junio de 2001, ésta llama a un cambio fundamental en la respuesta al VIH/SIDA, debido a que éste ahora es visto por los líderes mundiales como una tema que afecta a la economía global, social y en materia de desarrollo en forma prioritaria y además se ve como la única gran amenaza al bienestar de las generaciones futuras en distintas partes del mundo” (Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review No. 1, 2003, abril).

De igual manera, otros documentos que se deben mencionar son el Manual para los Legisladores sobre VIH/SIDA, la Legislación y Derechos Humanos y también el Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo. No se deben dejar de lado, los otros documentos a los que se hizo referencia en el apartado de la salud como un derecho humano, ya que también son importantes para el tema del VIH/SIDA.

Como se puede ver, son varios los documentos jurídicos que hacen referencia al tema del VIH/SIDA y los esfuerzos que ha llevado la comunidad internacional en ver el tema desde una nueva perspectiva, dándole ese carácter humano. Tal y como lo mencionan César Ugarte y Jaime Moreno, no es una utopía sino una realidad, ya que en 2003, la OMS anunció la iniciativa denominada “3 by 5”, la cual busca lograr que tres millones de personas obtengan tratamiento antirretroviral para el año 2005” (Ugarte y Miranda, 2004, octubre/diciembre). El respeto y la promoción de los derechos humanos constituyen un pilar de esta iniciativa. Si bien, hoy en día, es complejo hablar de que los derechos humanos respecto a las personas portadoras del virus se cumplan, no es debido a la falta de compromiso, sino a causas que van más allá de las personas, muchas veces tienen que ver con los intereses de terceros actores.

2.2.1. La Carta de los Derechos Humanos.

Uno de los instrumentos jurídicos de mayor importancia que tratan el tema de los derechos humanos es la Carta de los Derechos Humanos. Ésta comprende tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y sus protocolos facultativos. Sin embargo, en este apartado me gustaría abocarme más a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pues ésta es el elemento clave para el cumplimiento de estos derechos.

Se puede decir que es un documento primordial para entender el tema de la salud como un derecho humano. Así, este instrumento jurídico fue adoptado el 10 de diciembre de 1948, ésta está integrada por 30 artículos donde se enuncian los derechos básicos (derechos de carácter civil, político, social, económico y cultural) que como personas se deben brindar por parte del Estado y que además se deben resguardar por ser considerados fundamentales para el desarrollo y consecución de la vida humana.

En sus 30 artículos la Declaración Universal de los Derechos Humanos se enuncian derechos como la no discriminación, el derecho a la vida, a la salud, libertad de conciencia, de religión, la prohibición de la esclavitud, por mencionar algunos. Sin embargo, uno de los puntos con respecto a este tema, es la cuestión de la obligatoriedad por parte de los Estados. Se debe decir, que esta declaración contiene normas de carácter consuetudinario y esto es lo que le da el carácter de obligatorias para la comunidad internacional en su conjunto, si bien, a veces se le hace una crítica en que sólo atiende a la buena voluntad por parte de los Estados, se debe decir que la práctica jurídica, la jurisprudencia internacional como tal, es lo que ha hecho que esas normas se vuelvan un instrumento con carácter vinculatorio.

Uno de los artículos de la Declaración que son de suma importancia para el tema del VIH/SIDA es el Artículo 3: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (OACDH, 2014).

Tal como lo menciona Manuel Fernández, el derecho a la vida se configura como uno de los derechos fundamentales del ser humano. Se caracteriza por su carácter absoluto e irrenunciable. Numerosos autores consideran que debido a su estatus de “condición necesaria”, el derecho a la vida se sitúa en la cúspide de los derechos fundamentales. “La vida es el requisito *sine qua non* para que exista la vida humana” (Fernández, 2003, noviembre, p.12).

Es de suma importancia señalar que los derechos humanos no se otorgan, sino que se reconocen, ya que éstos son inherentes a la persona, es decir, las personas gozan de ellos sólo por el hecho de ser humanos, por ello, los Estados deben garantizar el pleno respeto de los mismos.

En el caso de los Derechos Humanos y el VIH/SIDA, uno de los temas controversiales es el acceso a los medicamentos y como ya se mencionó en líneas anteriores, el derecho a la vida está catalogado como condición necesaria, entonces aquí se podría admitir que el hecho en algunos casos por parte de los gobiernos de decir que no hay recursos suficientes para la compra de medicamentos no se puede aceptar, puesto que “en relación con la falta de recursos, esta argumentación no tiene validez, ya que como se ha dicho, el derecho a la vida es un derecho de carácter absoluto y al margen de toda posibilidad de negociación patrimonial” (Fernández, 2003, noviembre, p. 13).

Es necesario decir que muchos Estados recurren a la limitación de las fórmulas farmacéuticas para negarse a otorgar de manera generalizada el tratamiento médico necesario a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Por su parte, “la jurisprudencia internacional recalca que el derecho a la vida es una función primordial del Estado, que no admite restricciones patrimoniales” (Fernández, 2003, noviembre, p. 13). Es en esta parte donde podemos ver la importancia del vínculo entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, donde el papel del acceso a medicamentos (para procurar la vida) es vital.

Otro de los artículos de esta declaración a la cual se debe hacer alusión es el Artículo 25, el cual al calce dice:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 2013).

Como podemos ver el derecho a la salud también comprende el acceso a medicamentos, es un derecho que está establecido en el derecho internacional vinculante⁵, es decir, que genera tanto derechos como obligaciones. El derecho a la salud establece puntos de cierta importancia como lo son: los medicamentos esenciales; un sistema de protección de salud; y una gama de bienes, servicios y facilidades que permitan a las personas disfrutar del mayor nivel posible de salud (ACNUR, 2004, marzo). En ello radica la importancia de asegurar el acceso de medicamentos a las personas, ya que esto ayuda de cierta manera que algunas enfermedades al ser tratadas con tales medicamentos procuren la vida de los seres humanos.

El garantizar la vida, va de la mano del acceso a los medicamentos en caso de las personas padezcan una enfermedad, son dos cuestiones que no se pueden separar. Es por ello que en el caso del VIH/SIDA el tema de los medicamentos es importante, sobre todo del acceso a los antirretrovirales que le aseguren al menos una mejora en su salud y por consiguiente, la prolongación de la vida. Teniendo esto en cuenta, los gobiernos tienen el deber inmediato y continuo de tomar todas las medidas que estén a su alcance para garantizar el derecho a la salud para todos. En todo caso, tienen la obligación de no tomar ninguna medida que lo entorpezca (Blaylock. 2006, p. 1/9).

Por consiguiente, lo que de cierta manera se pretende analizar es que si bien, el sistema de patentes está sustentado legalmente a través de los ADPIC, así lo está el derecho a la salud y por lo tanto, se debe poner en una balanza ambos temas, sobre todo tomando en

⁵ Ese carácter está expresado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 6) y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 6 y 24), por mencionar algunos.

consideración que el problema del VIH/SIDA se ha convertido en global y que los alcances de dicha enfermedad lo han sido también.

2.2.2. La Declaración de Viena de 1993.

El 25 de junio de 1993, los representantes de 171 Estados adoptaron por consenso la Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos; se presentó a la comunidad internacional un plan común para fortalecer la labor en pro de los derechos humanos en todo el mundo. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos afirmó, en su Declaración y Programa de Acción de Viena (en particular el párrafo 33 de la sección I) que los derechos a la educación, la capacitación y la información pública eran esenciales para promover y lograr relaciones estables y armoniosas entre comunidades, así como para consolidar la comprensión mutua, la tolerancia y la paz (ACNUR, 1993).

La Conferencia encomendó a los Estados que hicieran esfuerzos para erradicar el analfabetismo y que enfatizaran la educación para lograr el pleno desarrollo de las personas, así como a fortalecer el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales. Impulsó a los Estados e instituciones a adoptar los derechos humanos, las leyes humanitarias, la democracia y el estado de derecho como materias de los planes de estudios de toda institución educativa. Asimismo, se incluyeron recomendaciones para fortalecer y armonizar la capacidad de seguimiento del sistema de las Naciones Unidas. Para ello, se solicitó que la Asamblea General instituyera el Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el cual fue creado *a posteriori* el 20 de diciembre de 1993 (ONU, 2014).

La importancia de esta Declaración es que remarca la responsabilidad que tienen los Estados en el cumplimiento, protección y respeto de los Derechos Humanos y de las libertades que como ser humano se tienen.

Se debe decir que dentro de la Conferencia de los Derechos Humanos de Viena, se extraen documentos que son de suma importancia, por una parte la Declaración a la que nos estamos refiriendo y por otra, el programa de acción. La Declaración consta de 39 artículos,

la cual es de suma importancia, ya que recalca la universalidad de los derechos humanos⁶. Esta universalidad de los derechos humanos es proclamada en el párrafo 5 de la Declaración, además afirma la indivisibilidad e interrelación de los derechos humanos y el tratamiento de los mismos, el deber de los Estados independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos fundamentales, sin dejar de tomar en cuenta las particularidades nacionales, de orden histórico, cultural y religioso (ACNUR, 1993).

Para efectos del tema del VIH/SIDA, esta Declaración tiene un carácter sobresaliente, ya que viene a reafirmar el contenido esencial de la Declaración de los Derechos Humanos, sobre todo haciendo alusión a las características primordiales de los derechos humanos (ser universales, indivisibles e interdependientes)⁷. Es un sustento más a lo que se ha venido diciendo acerca de estos derechos fundamentales, y también porque hace alusión a la responsabilidad que tienen los Estados en hacerlo cumplir y valer, sin importar nacionalidad ni tipo de sistema político del mismo Estado, en este particular, esta declaración sólo constata la vigencia tanto del derecho a la salud como del derecho a la vida, factores primordiales en el tema del VIH/SIDA.

2.2.3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un tratado multilateral que reconoce Derechos económicos, sociales y culturales como su nombre lo indica y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Su importancia radica en que en conjunto con el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos desarrollan el contenido de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y son obligatorios para los Estados que se han adherido a él.

⁶ Entendiéndose universalidad como la capacidad de hacer extensivos y válidos esos derechos para todas las personas, todas las regiones, todas las razas y todas las culturas sin excepción.

⁷ Yo agregaría otras características más: ser integrales, absolutos, imprescriptibles e inalienables.

Por otra parte, los derechos civiles y políticos son los que persiguen la protección de los seres humanos contra los abusos de autoridad en aspectos relativos a la integridad personal, a cualquier ámbito de la libertad y a la existencia de la legalidad y garantías específicas en procedimientos administrativos y judiciales.

En el caso con el tema del VIH/SIDA, este documento es de suma importancia, ya que hace alusión al derecho a la salud, para ello, nos abocaremos al Art. 12, el cual señala:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (ACNUR, 1976a).

Es de destacar el inciso c, sobre todo, tomando en cuenta que el carácter del VIH/SIDA es una enfermedad considerada epidémica, ya que es una enfermedad contagiosa, la cual se ha expandido en todo el mundo. Además pone de relieve que una medida que los Estados parte deben adoptar es la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, además el inciso que va de la mano del c, es el d, el cual dice que el Estado debe asegurar el servicio médico en caso de enfermedad. Por lo tanto, es una obligación del Estado procurar la salud de sus conciudadanos.

2.2.4. El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.

El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos es un tratado multilateral general que reconoce Derechos civiles y políticos y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 25 de marzo de

1976. Como ya lo mencioné anteriormente, este Pacto en conjunto con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración Universal de los Derechos Humanos conforman la Carta Universal de los Derechos Humanos, documento clave en la persecución del cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas.

Los derechos civiles y políticos son llamados los derechos de primera generación y su origen se remonta hace aproximadamente doscientos años y entraron en la corriente principal de la discusión filosófica y política durante los siglos XVII y XVIII bajo los términos de “derechos naturales” y “derechos del hombre” (Asociación Escuela Americana, 2014). Se rigen por el principio de la libertad, incluyen el derecho a la vida y la integridad física, a pensar y expresarse libremente, a participar del gobierno del propio país, a no ser detenido sin un motivo legal, a ser juzgado con garantías de imparcialidad y a tener propiedad, entre otros.

Los Derechos Civiles y Políticos están destinados a la protección del ser humano individualmente, contra cualquier agresión de algún órgano público. Se caracterizan porque imponen al Estado el deber de abstenerse de interferir en el ejercicio y pleno goce de estos derechos por parte del ser humano. El Estado debe limitarse a garantizar el libre goce de estos derechos, organizando la fuerza pública y creando mecanismos judiciales que los protejan. Los Derechos Civiles y Políticos pueden ser reclamados en todo momento y en cualquier lugar, salvo en aquellas circunstancias de emergencia que permiten el establecimiento de ciertas limitaciones de sólo algunas garantías (Revista Cuba Encuentro, 2014).

Parte fundamental de este Pacto es que en su Art. 2 establece las responsabilidades que tiene cada Estado parte en hacer valer el cumplimiento de los derechos estipulados en él: “cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto...”. Asimismo, “toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados podrá

interponer un recurso efectivo...”, es decir, ante la violación de los derechos de naturaleza civil o política, cualquier persona podrá acudir a los tribunales para denunciar dicha violación (Abrisketa, 2005-2006).

Referirnos a este Protocolo en el tema del VIH/SIDA es esencial ya que en su artículo 6 nos habla acerca del derecho a la vida, el cual al margen dice:

El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente (ACNUR, 1976b).

Se debe aludir que el derecho a la vida es un derecho con carácter de totalidad, por lo que éste no podrá ser suspendido en tiempos de guerra, asimismo, no hay otras leyes que lo limiten o invaliden, por ende, se debe hacer lo posible por garantizarlo.

2.2.5. Los Objetivos del Milenio.

En septiembre de 2000, basada en un decenio de grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, los dirigentes del mundo se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015.

Los objetivos del Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), son ocho propósitos de desarrollo humano establecidos en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

Los líderes mundiales se han comprometido a alcanzar los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) para esa fecha, incluso el objetivo trascendental de reducir la pobreza extrema a la mitad. El PNUD, mediante su red global, coordina los esfuerzos mundiales y

nacionales para alcanzar dichos objetivos. Aun a pesar de que hoy en día esos objetivos estén distantes de lograrse, se siguen haciendo trabajos constantes para que se cumplan.

Los ocho objetivos son:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3) Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- 4) Reducir la mortalidad infantil.
- 5) Mejorar la salud materna.
- 6) Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades.
- 7) Garantizar la sostenibilidad del Medio Ambiente.
- 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo (PNUD, 2014).

Para fines de esta investigación, el Objetivo 6 es el que más nos importa, ya que es el destinado a combatir el VIH/SIDA. Sin embargo, si tomamos en cuenta que el tema de la salud también es vital en cuanto al logro del desarrollo humano, el cual también es un derecho humano, entonces podemos deducir que no sólo un objetivo se relaciona con la salud, ya que la mayoría de estos objetivos tienen que ver con este tema. Así podemos aludir al informe presentado por el Secretariado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril de 2003 donde se establece que “tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud” (OMS, 2003).

Además también es importante señalar que cada objetivo tiene metas a cumplir para 2015 y algunas de ellas están relacionadas con la mejoría de la salud de las poblaciones en general. De igual manera, hacen referencia a aspectos sanitarios específicos, a saber: enfermedades de notificación obligatoria⁸ (Medicine Plus, 1997-2014), acceso a los medicamentos, salud reproductiva, acceso al agua potable, entre otros, con distintos niveles

⁸ Las enfermedades de notificación o declaración obligatoria son aquellas que se consideran de gran importancia para la salud pública. Las agencias locales, estatales y nacionales exigen que estas enfermedades se notifiquen cuando sean diagnosticadas por parte de los médicos o laboratorios. La notificación permite recoger datos estadísticos que muestren la frecuencia con la cual ocurre la enfermedad, lo cual, a su vez, ayuda a los investigadores a identificar las tendencias de la enfermedad y a rastrear los brotes de la misma. Esto puede ayudar a controlar brotes futuros. Existe toda una lista de dichas enfermedades, entre ellas, se encuentra el VIH/SIDA.

de responsabilidad sectorial (es decir, la responsabilidad del sector público, en este caso del sector salud).

En el tema específicamente del VIH/SIDA es alusiva la meta 7: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. De igual manera, Torres y Mújica (2004) nos dicen que otro punto que se puede relacionar con el VIH/SIDA es lo que concierne a los objetivos asociados con otras dos metas: mejorar el acceso a los medicamentos esenciales (meta 8) y reducir la proporción de la población que no tiene acceso al agua potable (meta 7).

El PNUD trabaja en la prevención de la propagación del VIH/SIDA y en la reducción de su impacto. Como asociado para el desarrollo bien acreditado y como copatrocinador de ONUSIDA, el PNUD ayuda a los países a situar el VIH/SIDA en el centro de sus estrategias nacionales de desarrollo y reducción de pobreza. También colabora con el desarrollo de capacidades locales para movilizar todos los niveles de gobierno y de la sociedad civil para dar una respuesta coordinada a la epidemia y proteger los derechos de personas que viven con el VIH, mujeres y grupos de población más vulnerables (PNUD, 2014). Si bien, el panorama de que se cumplan en 2015 es desalentador, los esfuerzos de la sociedad internacional por disminuir o aproximarse a las metas que se fijaron deben reconocerse muy a pesar de que los resultados no vayan a ser los esperados.

2.2.6. La Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos.

En 1981, los Estados miembros de la Organización de la Unidad Africana, que más adelante se convirtió en la Unión Africana (UA), adoptaron la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, conocida también como Carta de Banjul, la cual entró en vigor en octubre de 1986. Este documento es un tratado general donde se reconocen los derechos humanos. Además de una serie de derechos civiles; también consagra derechos colectivos de los pueblos a la igualdad, la libre determinación, la disposición de su riqueza y sus recursos naturales, el desarrollo, la paz y la seguridad nacionales e internacionales y un entorno general satisfactorio, entre otros.

La Carta enuncia un procedimiento de denuncias ante la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos cuya sede se encuentra en Banjul (Gambia). Además de este procedimiento de denuncias, la Comisión también examina informes de los Estados con arreglo a un procedimiento análogo al que siguen los órganos de las Naciones Unidas establecidos en virtud de tratados. El 25 de enero de 2004 entró en vigor un Protocolo Facultativo de la Carta Africana adoptado en 1998, en el que se dispone el establecimiento de un Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos (Unión Interparlamentaria, IPU, 2005).

La importancia de este documento jurídico de carácter regional es relevante en el tema del VIH/SIDA, ya que hay varios artículos en los cuales hace mención tanto del derecho a la salud, como el derecho a la vida. Así, es necesario enunciar dichos artículos:

El Artículo 4 dice: “Los seres humanos son inviolables. Todo ser humano tendrá derecho al respeto de su vida y de la integridad de su persona. Nadie puede ser privado de este derecho arbitrariamente” (ACNUR, 1981). Es decir, el derecho a la vida se designa como inviolable y que además no se podrá quitar éste de una manera injusta. En el sentido del VIH/SIDA ya hemos dicho que es importante, ya que al estar enfermo y no garantizarse el acceso a medicamentos, puede incurrirse en una violación a este derecho fundamental.

Por su parte, el artículo 11 nos dice: “Todo individuo tendrá derecho a reunirse libremente con otros. El ejercicio de este derecho estará sujeto solamente a las necesarias restricciones estipuladas por la ley, en especial las decretadas en interés de la seguridad nacional, la seguridad personal, la salud, la ética y los derechos y libertades de los otros” (ACNUR, 1981). Como nos podemos dar cuenta, tal artículo representa una restricción al derecho de asociación siempre y cuando éste represente un peligro o se vea amenazado por un caso de salud, éste se puede presenciar, por ejemplo, en el caso de una epidemia, por la cuestión de las enfermedades, infecciones que en todo caso, pondría en peligro otro derecho fundamental que es la vida de otras personas.

El artículo 16, a la letra dice:

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos” (ACNUR, 1981).

En específico hay que hacer alusión al segundo párrafo, el cual enuncia el derecho a la salud y sobre todo, hace hincapié en la responsabilidad que tienen los Estados en tomar las medidas necesarias y adecuadas para que los enfermos de las sociedades a las cuales representan tengan acceso a la asistencia sanitaria cuando tengan una enfermedad. Esto es de suma importancia, ya que en el caso del VIH/SIDA, muchas veces estas condiciones suelen no llevarse a cabo, sobre todo, esto se ve más reflejado en los países en vías de desarrollo, África no es la excepción porque como se mencionó en el primer capítulo de esta investigación, la infraestructura médica suele ser mala y no es suficiente para contener los casos de infección por esta enfermedad, además de que convergen otros factores sociales, políticos y culturales, los cuales agravan la situación.

2.3. El acceso libre de medicamentos (antirretrovirales) en casos de VIH/SIDA en África Subsahariana.

Uno de los factores que contribuyen de manera substancial para minimizar la enfermedad en África Subsahariana es el que se refiere al acceso de medicamentos, ya que las personas infectadas al acceder a un tratamiento médico lo que logran es que su periodo de vida se alargue y en el caso de los que son portadores del VIH con medicamento pueden pasar años sin que éste se convierta en SIDA.

Como ya se ha señalado anteriormente, la región Subsahariana es una de las zonas del mundo más afectadas por la enfermedad. Si bien el panorama del acceso a antirretrovirales en África Subsahariana es un tanto desolador, éste a la vuelta de los años se ha incrementado.

Tal como lo mencionan Robert Soudre, presidente de la Sociedad africana de lucha contra el SIDA, y Morolake Odetoyinbo, directora ejecutiva de *Positive Action for Treatment Access*, una organización no gubernamental nigeriana: durante la última década, la tasa de nuevos casos de infecciones por el VIH ha descendido en más del 25% en 22 países del África Subsahariana. Se calcula que 6,2 millones de personas recibían tratamiento antirretrovírico en la región en 2011; desde las solo 100.000 en 2003. El progreso más espectacular se ha vivido en Sudáfrica, donde sólo en 2001 se incluyó al menos a 300.000 personas nuevas en el tratamiento para el VIH (ONUSIDA, 2012, 26 de julio).

De igual manera, se debe decir que existen iniciativas importantes que llevan a cabo organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, que ha ayudado a aumentar el número de personas con acceso a medicamentos antirretrovirales. Sin embargo, en Sudáfrica en el periodo que abarca esta investigación, los esfuerzos aún eran escasos, debido a ello es que el gobierno implementó una ley para llevar a cabo la creación de genéricos para expandir el acceso a medicamentos a enfermos de VIH/SIDA.

En ese sentido, cifras actuales nos denotan que en 2012, el 68 por ciento de las personas que viven con el VIH en el África Subsahariana tenía acceso al tratamiento antirretroviral (ART). 10 países informaron alcanzar el acceso universal (por lo menos 80 por ciento de los adultos elegibles para tratamiento ART) bajo las Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010 (aquellos con un recuento de CD4 de 350 células / mm³ o menos). Estas directrices han logrado que muchas más personas sean elegibles para el tratamiento mediante la ampliación de la iniciación del tratamiento CD4 a 500 células / mm³ o menos para adultos, adolescentes y niños mayores (Avert, 2015).

2.4. El papel del Estado en el acceso a medicamentos para combatir la enfermedad.

Como lo vimos en apartados anteriores de este capítulo, el papel del Estado es de suma importancia para el logro de un acceso libre a medicamentos, ya que una de sus principales funciones en ese sentido, es salvaguardar la vida de sus conciudadanos. Para ello, el rol que

juega en la designación de recursos para combatir enfermedades infecciosas es de suma importancia.

Al respecto Jacques Attali cuando era asesor de salud del ex Presidente Mitterrand de Francia aseguraba: “En salud el Estado que no regula: regala; y el mercado sin Estado es mercado negro” (Attali y Hart, 2005, 5 de marzo). Por su parte, John Kenneth Galbraith, Premio Nobel de Economía en 1963, en “La sociedad opulenta” opinaba, al respecto: “la sola aplicación de las leyes del mercado hace a los enfermos más enfermos”. La ley de Hart de los cuidados inversos, refiere: “La accesibilidad a los cuidados médicos y medicamentos es inversamente proporcional a la necesidad de la gente y a la libertad del mercado en salud”.

En consecuencia, y acorde con los conceptos vertidos por tan prestigiosos políticos y economistas, el Estado debe asumir un protagonismo insustituible, indelegable y sustantivo, para la provisión de medicamentos con sentido de justicia y equidad, para toda la comunidad. Justamente con esos sentidos, y acorde con las necesidades básicas insatisfechas para la población mundial, el Estado debe asumir su rol (Ramírez, 2006).

Como se puede ver, la participación en el acceso a medicamentos es primordial, ya que si no se tienen los recursos y las políticas adecuadas tanto para la prevención, la infraestructura médica que aporte instituciones, médicos y materiales adecuados para la atención y prevención de enfermedades alarmantes como el VIH/SIDA poco se puede hacer. Si bien es cierto que en África Subsahariana las condiciones en ese sentido son precarias, a través de los programas que se han implementado a raíz de la lucha por el combate de la enfermedad con apoyo de organismos internacionales como la ONU y la OMS y del apoyo de algunas ONG, ha habido avances, aunque la lucha aún dista mucho de lograr uno de los principales Objetivos del Milenio. Sin embargo, no se puede dejar de mencionar que los casos han disminuido, no como se quisiera pero el compromiso de los líderes africanos y mundiales está centrado en este aspecto.

2.4.1. Políticas Públicas existentes en materia de sanidad, prevención y control de la enfermedad.

Como se ha dicho anteriormente, el papel de la prevención en enfermedades como el SIDA es de vital importancia, ya que el éxito de ésta radica en llevar a cabo prácticas sexuales conscientes, dando lugar a actuar responsablemente. En ello también interviene el papel de la información con que se cuente, ya que entre más información se tenga es menos probable que este tipo de prácticas en las relaciones sexuales se lleven a cabo. Es en este sentido que el papel de la prevención toma un rubro de capital importancia.

De igual manera, es importante que dentro de la formulación de las políticas de prevención de la enfermedad se considere el tipo de población a la que se dirigen dichos programas, ya que no sólo el factor de la sexualidad es clave para controlar la enfermedad, sino también hay que tener en cuenta que la transmisión también se da de madre a hijo o por la transfusión de sangre. En ese sentido, es importante decir que también se debe tomar en la formulación de tales políticas las cuestiones sociales que permean a la sociedad africana, entre ellas, las cuestiones socioculturales.

Por su parte, un informe de ONUSIDA, nos menciona que:

Lógicamente, debe existir una estrecha coordinación entre los responsables de la prevención de la infección por el VIH/SIDA y los responsables de las actividades de prevención de las ETS. De hecho, es conveniente, a ese respecto, una integración plena. En materia de prevención primaria, el objetivo consiste en impedir la infección y la enfermedad. Ello puede realizarse promoviendo:

- Un comportamiento sexual más seguro.
- El uso de preservativos en las relaciones sexuales con penetración. Sólo las actividades de prevención primaria pueden influir sobre las ETS actualmente incurables provocadas por infecciones víricas (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA/ OMS, 1997).

Como se ve, la coordinación en la implementación de las políticas de prevención entre los responsables de la prevención y los que aplican como tal esas políticas es de suma

importancia, ya que en ella radica el valor de su éxito, que al final se traduce en prevenir la infección.

Tal como se menciona en el *Population Bulletin*:

Los programas de prevención más efectivos promueven, o incluyen, intervenciones como las relativas a abstinencia sexual, retraso en las primeras relaciones y fidelidad mutua, así como limitar el número de compañeros/as sexuales, utilizar condones de forma sistemática y correcta, tratar las enfermedades de transmisión sexual, recibir asesoría y hacerse pruebas de detección del VIH, y un contexto de apoyo normativo y social. Si un programa se concentra tan sólo en unos pocos componentes, puede que no atienda a toda la población y tendrá un impacto nacional mínimo. La combinación más eficaz de estos componentes depende del contexto cultural así como de las necesidades de prevención específicas y de las características de los grupos claves. Los programas efectivos también consideran los factores económicos, sociales y culturales que pueden afectar la conducta individual (Lamprey, et al., 2006, marzo).

En ese sentido podríamos decir que la planificación debe incluir varios campos, no sólo reducirla a una cuestión de evitar las relaciones sexuales, sino que también es de suma importancia ver hacia qué tipo de población se dirige tomando en cuenta sus prácticas culturales, así como el grado económico y de cohesión social, esto con la finalidad de que estén personalizados y que tengan un verdadero impacto.

Otro factor que también influye es que los programas de prevención deben ir de la mano de los programas de educación con base en las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), ya que de esta manera, se da un conocimiento por parte de la población de las causas y de la manera en que se pueden prevenir, además de que brinda la oportunidad del descubrimiento temprano de casos de VIH/SIDA y de ser tratados, logrando así, que la persona infectada viva más años, pues estará en condiciones de que se le administre tratamiento oportunamente.

Al respecto, el documento mencionado en líneas anteriores nos dice lo siguiente:

La iniciación sexual a temprana edad, la existencia de varios compañeros/as sexuales, las relaciones sexuales entre diferentes generaciones, las infecciones de transmisión sexual y el sexo sin protección son todos ellos factores de riesgo que pueden corregirse con cambios de conducta. Para ello se necesita educación sobre las formas de transmisión del VIH, sobre cómo retrasar el inicio de las relaciones sexuales y las formas de eliminar las relaciones sexuales de alto riesgo, y cómo adoptar conductas menos peligrosas o buscar servicios, y tener acceso a los insumos o servicios necesarios para protegerse (Lamptey, et al., 2006, marzo).

En el caso específico de África Subsahariana como se sabe, es una región donde el acceso a este tipo de estrategias se han visto mermadas por la falta de capital para implementar estas campañas. Además de que las acciones de los dirigentes fueron tardías, ya cuando la enfermedad se había tornado compleja, a pesar de ello, los esfuerzos no han sido nulos. Todos los países miembros de la ONU, en 2003 firmaron la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA donde se comprometieron a hacer todo lo que estuviera a su alcance para combatir el SIDA en sus naciones y esto tuviera repercusiones internacionales, tomando en cuenta que el SIDA había tomado secuelas importantes y fatales en varias regiones del mundo. Ese compromiso se reforzó en 2006 también bajo el seno de la ONU.

Por su parte, en 2012 los miembros del grupo de alto nivel participaron en la sesión para evaluar el progreso realizado frente al sida y los desafíos que quedan por resolver, llevado a cabo en Washington DC. En dicha reunión, los líderes africanos enfatizaron que los programas de prevención eficaces son un vehículo infalible que los llevará a la eliminación de la transmisión materno-infantil y a los cero nuevos casos de infección por el VIH entre los niños. Además trataron de:

Identificar un conjunto de soluciones prácticas para traer consigo el progreso en la sanidad y el desarrollo. Hablando en nombre del director ejecutivo de ONUSIDA, el Dr. Djibril Diallo, asesor principal de ONUSIDA y presidente del Grupo de trabajo del África Subsahariana, enfatizó que la cooperación entre ONUSIDA, la Unión Africana y la Nueva Asociación para el Desarrollo de África (NEPAD) llevó a la adopción de una hoja de ruta histórica sobre responsabilidad compartida y solidaridad global en la Cumbre de la UA este mes. Indicó que la hoja de ruta fomenta las soluciones de propiedad africana, lo que reforzará la respuesta al sida; define objetivos claros, resultados previstos y define el papel y las responsabilidades de cada

parte interesada y se estructura en torno a tres pilares: gobernanza sanitaria, financiación diversificada y acceso a la medicina (ONUSIDA, 2012, 26 de julio).

2.4.2. El poder adquisitivo en materia de medicamentos por parte del Estado para controlar la enfermedad.

La provisión de los medicamentos como vimos es un derecho fundamental para preservar otro derecho humano importante que es el de la salud. En ese sentido, en 1985 se llevó a cabo Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, convocada por la OMS en Nairobi (Kenia). En esta conferencia, la OMS preparó una estrategia revisada en materia de medicamentos que recibió el respaldo de la 39na. Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA.39.27. Esta estrategia abarca, entre otros componentes, el establecimiento de criterios éticos para la promoción de medicamentos y fomentar el mejoramiento de la atención sanitaria mediante su uso racional. Viene a ser una actualización y ampliación de los criterios éticos y científicos establecidos en 1968 por la 21 Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA21.41 (OMS, 1988). Es por ello que la gestión apropiada del suministro de medicamentos es un componente primordial de los servicios de atención de la salud eficaz y asequible en todo el mundo.

En ese sentido, los gobiernos tienen la responsabilidad de lograr que los mecanismos de financiación de los medicamentos estén gestionados de modo que alcancen la equidad de acceso a los medicamentos esenciales. Entre los mecanismos de financiación figuran la financiación pública, el seguro de enfermedad, los honorarios pagados por los usuarios, la financiación por donantes y los préstamos para el desarrollo. En el caso del VIH/SIDA la capacidad de administrar medicamentos para contrarrestarla es de importancia, ya que ello conlleva a salvar muchas vidas. Sin embargo, la región Subsahariana es de las más pobres en el mundo, con lo cual tal tarea se vuelve más compleja.

Al respecto el Boletín de Medicamentos esenciales hace una recopilación de experiencias positivas y negativas en el acceso de medicamentos, especialmente para el caso de África el resumen por rubro es el siguiente:

Producción de ingresos

En 34 países que aplicaban los pagos por el usuario (de los 39 incluidos en la encuesta), los ingresos producidos por esos pagos eran en general una parte muy pequeña de los gastos ordinarios públicos en salud (casi siempre menos del 10%). Sin embargo, en algunos de los sistemas que existían desde hacía varios años se observaron moderadas mejoras de ese porcentaje.

Recuperación de fondos

En los fondos comunitarios de medicamentos que funcionan en 17 países del África Subsahariana (Benin, Chad, Níger, Sierra Leona y Zaire (hoy República Democrática del Congo) son algunos ejemplos), la tasa de éxito de la recuperación de fondos fue del 50% aproximadamente, con márgenes positivos que iban del 49% al 83%. La experiencia obtenida en la República Centroafricana muestra que los centros de salud que están bien gestionados, que controlan sus propias ventas de medicamentos y que cobran honorarios por todos los servicios, tienen mayores tasas de recuperación de costos que los centros que no ejercen tanto control sobre las ventas de medicamentos y que ofrecen una gama de servicios gratuitos.

Utilización de las instalaciones y calidad de la asistencia

La demanda de los servicios de salud comunitarios que cobran honorarios al usuario parece aumentar si también aumenta la calidad, medida por la disponibilidad de medicamentos. Esto es especialmente cierto si el acceso a la siguiente mejor opción de asistencia implica tiempo y gastos de viaje importantes. Sin embargo, dado que los pagos por el usuario no siempre consiguen aumentar la disponibilidad de los medicamentos y teniendo en cuenta la implicación de otros factores, también se observa con frecuencia el descenso en el uso de los establecimientos de salud. En siete países se notó un aumento de la utilización de los centros de salud comunitarios tras el establecimiento de fondos de rotación para los medicamentos, con una disminución en otros cuatro países.

Equidad y carácter asequible

Los estudios sobre el uso de la atención de salud después de aplicar el cobro de honorarios muestran que, en relación con otros segmentos de la población, es más probable que los pobres consideren el aumento de los precios como un obstáculo para el acceso a los servicios. Entre los 25 países del África subsahariana que tienen programas de recuperación de costos, parece que sólo uno (Zimbabwe) cuenta con una política oficial que establezca criterios nacionales sobre el nivel de ingresos que permitan exenciones para los pobres. Otros 14 países indicaron que las exenciones para los pobres están autorizadas, pero no proporcionaron criterios. Los 10 países restantes se basaron fundamentalmente en medidas locales y especiales para proporcionar exenciones.

Las exenciones basadas en los ingresos son difíciles de formular y aplicar en donde el empleo estructurado tiene carácter limitado. En algunos países, la imparcialidad de ciertas normas de exención es discutible. Así pues, la equidad sigue siendo una cuestión primordial. No es fácil

disponer de métodos sencillos y fiables para determinar las exenciones en los sistemas de cobro de honorarios al usuario (OMS, 1998).

Como podemos ver los mecanismos para la administración de medicamentos en África son variados y hoy en día los avances son más significativos pero no totales. En tal sentido, el *Population Bulletin* de Marzo de 2006 nos dice que:

Se estima que en 2005 alrededor de 6,5 millones de personas necesitaban tratamiento antirretroviral, pero sólo 15% (1 millón) tuvieron acceso al mismo. En África Subsahariana, alrededor del 11% de los que necesitaban tratamiento lo recibieron. Las principales razones de esta deficiencia son el alto costo del tratamiento, las dificultades para obtenerlo, la deficiente estructura de salud, incluida la falta de proveedores de atención sanitaria, el débil compromiso político a nivel nacional, insuficientes o inciertos recursos financieros y el continuo estigma que suele impedir a la gente buscar la atención que necesita (Lamprey, et al., 2006, marzo).

Hoy en día hay un reforzamiento de la lucha contra el SIDA por parte de gobiernos e instituciones internacionales, lo que ha llevado a un reciente y sustancial incremento en el financiamiento mundial. Existen iniciativas internacionales fuertes y el menor costo de los antirretrovirales ha incrementado el acceso a tratamiento en varios países. Aunque no en todas las partes del mundo ha sido un éxito, si se puede aludir a dos países donde el tratamiento ha sido de los más exitosos a nivel nacional en los países en desarrollo: Brasil y Botswana.

A pesar de estos esfuerzos, la gran mayoría de las personas que viven con el VIH no tendrán tratamiento adecuado durante varios años más. Muchos de los que viven con el VIH carecen de acceso a instalaciones de salud y no pueden costear las contrapartidas de pago, que si bien reducen el costo del tratamiento, siguen siendo considerables. Muchos países en desarrollo no tienen los recursos financieros ni la infraestructura para apoyar un programa de tratamiento contra el VIH a gran escala, lo que agrava la situación del VIH/SIDA.

Países como Sudáfrica, el cual posee niveles de contagio por VIH/SIDA altos ha implementado diversas medidas gubernamentales para el acceso de antirretrovirales. En tal sentido, Benjamin Roberts nos dice que:

El Conjunto Salud y el equipo de Hacienda (2004), con domicilio social en Sudáfrica han determinado la viabilidad de proporcionar antirretrovirales a través del sector público, con lo cual se estima que entre 2003 y 2010, suponiendo un escenario de la cobertura de 20% ARV (antirretrovirales), se estima que 293.000 muertes se evitarían hasta después de 2010. Si se aplica un modelo de cobertura del 50%, se evitarían 733.000 muertes, mientras que un modelo 100% de cobertura evitaría hasta 1.712 millones de muertes en el mismo período. Sin embargo, los costos de proporcionar tratamiento integral para el SIDA son bastante considerables (Maharaj y Roberts, 2006; citado en Grown, Braunstein y Malhotra, 2006, pp. 226-227).

Con ello, podemos percatarnos de que el gran reto al que se enfrentan los países de África Subsahariana es a la adquisición de ARV a bajo costo, lo cual no es una tarea sencilla si se tiene en cuenta la presión que ejercen las farmacéuticas. Al final son retos a los cuales se tienen que buscar soluciones conjuntas. Y aún más si se tiene en cuenta que en los términos de la teoría neoliberal, los recortes de presupuestos en el área de política social afectan principalmente a todas las poblaciones de bajos recursos.

3. El papel de las farmacéuticas en el acceso de medicamentos para combatir el VIH/SIDA en África Subsahariana.

Hasta el momento –y en contra de las promesas realizadas– el aumento de la protección de patentes en los países en vías de desarrollo no ha contribuido al incremento de la investigación. Muchas enfermedades graves son simplemente ignoradas. Vivimos las consecuencias de ello en nuestro día a día asistencial: cuando se trata de diagnosticar la tuberculosis en personas infectadas por VIH; al tratar el seguimiento de los infectados con el VIH y en el tratamiento de los niños con VIH...”

Teresa Forcades i Vila

Como sabemos dentro del estudio de las relaciones internacionales, no sólo el Estado es el principal actor, pues existen otros agentes que interactúan a la par con el Estado, en ese sentido, es importante mencionar que las empresas transnacionales juegan un papel de suma importancia. Por ello, es imprescindible dentro de esta investigación, el papel que tienen hoy en día las empresas farmacéuticas, debido a que su poder económico y político les ha augurado, como veremos, la creación de políticas económicas que velan por sus intereses.

Para la escuela globalista o transnacionalista de las relaciones internacionales, el sistema internacional no solamente involucra las relaciones de poder vinculadas a los Estados, en dicho escenario también participan todo tipo de actores cuyas acciones giran en torno a actividades económicas, comerciales, políticas y financieras. “En resumen, los globalistas, a diferencia de los realistas prefieren considerar un campo más amplio de actores y aspectos en el estudio de las relaciones internacionales” (Pearson, F. y Rochester, M, 2007, p, 22). Es decir, el actor central ya no es sólo el Estado, sino que converge con otros como las empresas transnacionales, los movimientos sociales, etc.

Los globalistas no parten de la idea “del fin de los Estados, sino del hecho de que en el nuevo orden internacional, el Estado no es ya el único actor, o el actor más estratégico” (Sassen, 2007, p. 56). Esta constante interrelación entre los actores internacionales se manifiesta en “la amplitud de las interdependencias globales, la existencia de una economía global fuera del control de los Estados, el funcionamiento de los mercados financieros y comerciales a escala planetaria, la operación de compañías multinacionales que atraviesan fronteras y las transacciones económicas permanentes que invaden territorios” (Estrada,

2011, pp. 679 - 680), pues los transnacionalistas los ven como partes trascendentales del escenario internacional. Tal como lo afirma Beck, “el Estado se convierte en uno más de los actores políticos planetarios y pierde protagonismo, ahora compite o colabora con una nueva constelación de actores políticos a escala global, que invaden a menudo el ámbito de decisiones que el Estado había considerado como propio y exclusivo” (Beck, 2004, p. 33).

Es importante señalar que estas empresas son fieles seguidoras del libre mercado, que según dicho modelo actúa como una institución perfecta, capaz de generar por sí misma un crecimiento armónico y equilibrado, con la condición de que no se intervenga en él. Por consiguiente, tanto políticas económicas de planificación o intervencionismo de mercado, como lo es el “Estado de Bienestar”, son considerados por el neoliberalismo economías intervencionistas que tienen como fin la perturbación en el mercado⁹.

Lo que se denota es la reducción del Estado buscando disminuir su intervención en los medios de producción, con la única finalidad de cumplir las “reglas del juego”, lo cual se ve reflejado en recortes de presupuestos en el área de política social que afectan principalmente a todas las poblaciones de bajos recursos¹⁰.

En ese sentido, para el paradigma globalista, una empresa transnacional puede llegar a ser más importante como actor internacional que un Estado, esto debido a que la primera posee una capacidad mayor para influir sobre otros actores internacionales, en comparación con la capacidad del Estado –British Petroleum vs. Haití.

Este hecho se evidencia cuando “los actores del mercado mundial producen una presión coordinada sobre todos los Estados miembros o dependientes de ellos para que neutralicen inmediatamente todo lo que pueda impedir, retrasar o limitar la libertad del movimiento del capital” (Beck, 1998, p. 138). De hecho, para Manuel Castells, “la capacidad del Estado Nación resulta decididamente debilitada por la globalización de las

⁹ Elemento tomado de los apuntes de las clases teorías de las Relaciones Internacionales tanto de la licenciatura como de maestría.

¹⁰ Estos elementos fueron recolectados de los apuntes de las clases teorías de las Relaciones Internacionales tanto de la licenciatura como de maestría.

principales actividades económicas, por la globalización de los medios y la comunicación electrónica, y por la globalización de la delincuencia” (Castells, 1998, p. 272).

En el caso del VIH/SIDA éstas se puede decir que van en contra de la enfermedad, debido a que los precios que imponen en el mercado y que están protegidos por el sistema de patentes (la patente dura 20 años), les ha augurado extraordinarias ganancias, sin embargo, el problema radica para los países en vías de desarrollo, en este caso, los países africanos, ya que éstos no tienen la capacidad de adquirir antirretrovirales al precio de mercado, debido a su insuficiencia económica. Así, el problema de que los gobiernos africanos procuren el libre acceso de medicamentos para combatir el VIH/SIDA se torna un tanto complejo.

De igual manera, en este capítulo se hará alusión a los Acuerdos de Derechos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio (ADPIC, o IPIS por sus siglas en inglés). Este acuerdo es de suma importancia analizarlo, debido a que tiene un papel principal en el rol que juegan hoy en día las patentes, pues es uno de los grandes triunfos que ha tenido la industria farmacéutica para asegurar sus jugosas ganancias de una manera legal, pues han trasladado esos intereses en la manera de legislar en las instituciones internacionales, tal como lo es la OMC. Lo que al final, es importante resaltar es cómo las cuestiones sociales, en este caso, la procuración de la vida, se deja de lado, porque pareciera que la ganancia está por encima de todo, incluso, de la salud misma.

3.1. Las empresas farmacéuticas y su poder económico.

Hoy en día el papel de las empresas transnacionales se ha convertido en primordial dentro de la economía. En específico el rubro que juegan las farmacéuticas es de gran importancia ya que su poder ha rebasado a otras empresas, tal es el caso de las empresas que se dedican a la alta tecnología. Actualmente, es una de las industrias más lucrativas a nivel mundial, lo cual les otorga un lugar de importancia en el ámbito económico.

Al respecto, se puede decir que la corporación transnacional es el agente significativo más distinguido pero no el único en el proceso de globalización. Como

Immanuel Wallerstein y otros observaron, de lo que somos testigos es de otro estudio en el desarrollo de un “sistema-mundo”, cuya característica principal es el propósito transnacional del capital (Ianni, 1996, pp. 23-24). Y en el cual, las empresas farmacéuticas son fieles seguidoras de este principio.

En ese sentido, se puede aludir que dentro del estudio de las relaciones internacionales, la empresa transnacional¹¹ juega un papel de importancia en la expansión del comercio internacional, en el contexto de la globalización. Según Gilpin (2001, p. 278) “una empresa multinacional es una firma de una nacionalidad en particular con subsidiarias de propiedad total o parcialmente, al menos, dentro de otra economía nacional”.

Al respecto, se puede ver que el mercado mundial:

Más que un mercado de intercambio de productos fruto de estrategias de producción y reproducción del capital interno de la economía nacional, es actualmente un mercado de transferencia de trabajo, productos y créditos de un país a otro en el marco de estrategias de empresas que, mediante esa transferencia, minimizan los costes de producción y maximizan la capacidad productiva. La acumulación de capital está vinculada con el rendimiento de la economía nacional, pero también depende de las estrategias y de los comportamientos de las empresas multinacionales y de las empresas cuyas estrategias de producción están en función del mercado mundial (Attinà, 2001, p. 66; citado en Allard, 2007, p. 62).

Es decir, podemos aludir que la operación de la empresa transnacional es facilitada por el proceso de globalización y el mercado es el medio en el cual operan. Es como lo menciona Wallerstein (2005, p. 42) un mercado es a la vez una estructura local concreta en la que los individuos o compañías compran y venden mercaderías, y una institución virtual a lo largo del espacio en donde tienen lugar los mismos tipos de intercambios.

Gran cantidad de autores de las relaciones internacionales y la política internacional en general afirman que “la globalización es la tendencia principal de la actualidad, por cuanto fortalece el dominio del sistema capitalista mundial, reemplaza la primacía del

¹¹ Se debe decir que para términos de este trabajo se hará alusión al concepto de empresa transnacional indistintamente al de empresa multinacional.

Estado nación por corporaciones transnacionales (CTN) y logra permear las culturas globales a través de una cultura global” (Restrepo, 2013).

Tal como se menciona en la revista CIDOB “Las ganancias de estas empresas (farmacéuticas) son superiores a las del conjunto de las 500 empresas más grandes del mundo y según datos de *The Fortune*, en 2001, entre las 500 mayores empresas estadounidenses, las del rubro farmacéutico supera al resto en márgenes de beneficio, alcanzando el 18.9%” (Barrutia y Zábalo, 2003-2004, p, 181).

Según Forcades (2006, julio), en el año 2002, la suma de las ganancias de las 10 compañías farmacéuticas más importantes superó las ganancias combinadas de las otras 490 empresas que aparecen en la lista de las 500 industrias más provechosas de la revista *Fortune* (las 10 farmacéuticas más importantes, juntas, tuvieron un beneficio total de 35,9 billones de dólares y las restantes 490 empresas, juntas, tuvieron un beneficio total de 33,7 billones de dólares).

Por su parte, los medicamentos, que son la base de producción de las empresas farmacéuticas, son bienes que el consumidor no elige adquirir, sino que se ve en la necesidad de consumirlos, ya que son prescritos por una tercera persona (médico) para mejorar o erradicar un mal que daña la salud de las personas.

Es importante también indicar que este poder no sólo es económico, sino también político, ya que el lobby que llevan a cabo estas empresas es de suma importancia, al respecto, Teresa Forcades i Vila señala que:

“El lobby de las compañías farmacéuticas de EEUU (la PhRMA) contaba en el año 2000 con 297 *lobbyists* profesionales, es decir, uno por cada dos congresistas. Dicho número –que ya superaba en mucho el de cualquier otro grupo de presión–, ha sido triplicado en los últimos años, de modo que en 2002 la PhRMA financió el trabajo de 675 *lobbyists*, lo que significa que había, trabajando en Washington, más promotores de los intereses de las compañías farmacéuticas que congresistas” (Forcades, 2006, julio, p. 16).

De esta manera, podemos decir que a raíz de este *lobby*, las empresas farmacéuticas han logrado obtener ventajas, que les ha permitido colocarse como dominantes en el mercado mundial, ya que el hecho de que tengan promotores a sus intereses legislando, esto hace que obtengan logros políticos *ad hoc* a sus metas y objetivos. Es donde el poder económico de éstas se convierte en poder político y con ello, el cumplimiento de una legislación a favor de éstas. Ahora, es necesario decir que, por ejemplo, en Estados Unidos, la empresa farmacéutica es considerada una industria estratégica, debido a ello, existen políticas de protección y gozan de ciertos privilegios como la exención de impuestos.

Asimismo, tampoco es desconocido que estas empresas financian campañas políticas, así como también realizan la mayor propuesta de leyes en Washington. Sobre todo en Estados Unidos, hay leyes que estas empresas han gestionado, sobre todo para extender derechos exclusivos de exportación sobre algunos medicamentos.

En tal sentido, Philippe Pignarre, directivo durante diecisiete años de una gran compañía farmacéutica y actualmente profesor de la Universidad de París-VIII, afirma que:

“El mercado no es ni ha sido nunca una realidad “natural” sino “cultural” o “social”, o sea, fruto de reglamentaciones y normas que no regulan una “realidad natural” previa al establecimiento de las normas sino que “hacen posible”, “dan a luz” o “modifican” una realidad intrínsecamente cultural. El mercado siempre tiene normas que lo regulan. El “mercado libre” en realidad no existe; existe, eso sí, el “mercado salvaje”, es decir, el mercado regulado según los intereses del rey de la selva o del gorila de 500 kg, y el “mercado menos salvaje”, en el que las normas intentan temperar la avidez de los más fuertes” (Pignarre, 2005, p. 129).

Así, el mercado se vuelve el medio eficaz para las empresas farmacéuticas, debido a que les da la oportunidad de modificar las cosas a su favor, claro está, todo bajo el acuerdo que les da legalidad e imponer sus reglas del juego ante los demás y con ello, obtener una mayor ganancia. Se podría decir que las organizaciones multilaterales pasan a ejercer las funciones de estructuras mundiales de poder construidas por las corporaciones transnacionales.

De esta manera, las empresas farmacéuticas logran la configuración de un sistema jurídico: que proteja y garantice eficazmente la propiedad y los beneficios del esfuerzo empresarial, con cargas fiscales escasas (Beltrán, 2015, 6 de septiembre). En ese sentido, se puede decir que las empresas logran un sistema jurídico *ad hoc* para el logro de sus intereses.

Según el profesor Even: “La industria es un pulpo infiltrado en todas las instancias de decisión nacionales e internacionales, los gobiernos, las grandes administraciones, las instituciones, las asociaciones médicas científicas y los medios de comunicación” (Even y Debré , 2012).

Tabla 1. Datos de algunas de las principales farmacéuticas.

Transnacional	País	Datos	Ventas anuales dólares/euros
Pfizer	EE.UU	Primer laboratorio farmacéutico mundial. Primer productor mundial (8.2% de los medicamentos consumidos en el mundo). Produce un 6% de los medicamentos comprados en Japón.	Más de 48 mil millones. 52.5 mil millones en 2004.
GlaxoSmithKline	Reino Unido	Segundo grupo farmacéutico mundial. El más grande de Europa. Vende un 23% de las vacunas compradas en el mundo.	Más de 13 mil millones.
Novartis AG	Suiza	Tercer grupo farmacéutico mundial (el tercero más grande de Europa). Vende un 5% de las vacunas compradas en el mundo.	Más de 28 mil millones. 36.7 mil millones en 2004.
Sanofi-Aventis	Francia	Cuarto grupo farmacéutico mundial.	Más de 25 mil millones.
AstraZeneca Plc	Reino Unido	Quinto grupo farmacéutico mundial.	Más de 19 mil millones.
Johnson & Johnson	EE.UU	Sexto grupo farmacéutico mundial. Primer fabricante mundial de material médico.	Más de 53 mil millones.
Merck & Co., Inc	EE.UU	Séptimo grupo farmacéutico mundial.	Más de 22 mil millones. 51.8 mil millones en 2002.
Roche Holding	Suiza	Octavo grupo farmacéutico mundial.	Más de 31 mil millones. 40.6 mil millones en 2003.
Wyeth	EE.UU	Décimo primero grupo	Más de 15 mil millones.

		farmacéutico mundial. Vende un 16% de las vacunas compradas en el mundo.	
Bristol Myers Squibb Co	EE.UU	Décimo tercero grupo farmacéutico mundial.	Más de 21 mil millones.
Bayer AG	Alemania	Décimo cuarto grupo farmacéutico mundial.	Más de 30 mil millones,

Fuente: Transnationale.org (2015).

En la tabla 1, podemos observar algunos datos de las principales empresas farmacéuticas en el mundo. Y donde nos podemos percatar que las empresas en este sector provienen de países desarrollados, a saber, Estados Unidos, Inglaterra y Suiza. Además, sus ventas anuales son considerables. Esto expresa su poder económico a nivel mundial y porque hoy en día es considerado un sector económico muy importante.

Tabla 2. Empresas farmacéuticas más importantes a nivel mundial 2008.

Puesto	Empresa	País de origen	Ventas globales 2008 (Miles de Millones de dólares)	Gasto en I+D (2008) (Miles de Millones de dólares)
1	Pfizer	Estados Unidos	\$44.2	\$7.9
2	GlaxoSmithKline	Inglaterra	\$43.0	\$5.2
3	Sanofi-Aventis	Francia	\$38.7	\$6.5
4	Novartis	Suiza	\$36.0	\$7.2
5	AstraZeneca	Inglaterra	\$31.6	\$5.1
6	Johnson & Johnson	Estados Unidos	\$24.6	\$5.1
7	Merck	Estados Unidos	\$23.6	\$4.8
8	Roche	Suiza	\$21.0	\$7.2
9	Eli Lilly	Estados Unidos	\$19.3	\$3.8
10	Wyeth	Estados Unidos	\$19.0	\$3.4
11	Bristol-Myers Squibb	Estados Unidos	\$17.7	\$3.6
12	Abbott	Estados Unidos	\$16.7	\$2.7
13	Bayer	Alemania	\$15.1	\$2.5
14	Amgen	Estados Unidos	\$14.7	\$3.0
15	Schering-Plough	Estados Unidos	\$14.2	\$3.5
16	Boehringer Ingelheim	Alemania	\$13.6	\$2.9
17	Takeda	Japón	\$12.2	\$2.7
18	Teva	Israel	\$11.1	\$786 M
19	Genentech	Estados Unidos	\$10.5	\$2.8
20	Astellas	Japón	\$9.7	\$1.3

Fuente: Elaboración propia con datos de Pharm Exec Staff (2009, mayo).

En la tabla 2, podemos percatarnos del poder de las farmacéuticas a nivel mundial, dejándonos ver que Pfizer es la empresa en este ramo más importante a nivel mundial y a

su vez, nos deja entrever que en efecto, el gasto de I+D que llevan a cabo es mínimo en comparación con las ganancias exorbitantes que logran estas grandes transnacionales.

Tabla 3. Empresas farmacéuticas más importantes a nivel mundial 2013.

Puesto	Empresa	País de origen	Ventas globales 2013 (Miles de Millones de dólares)	Gasto en I+D 2013 (Miles de Millones de dólares)
1	Novartis	Suiza	\$46.017	\$9.3603
2	Pfizer	Estados Unidos	\$45.011	\$6.2540
3	Roche	Suiza	\$39.143	\$8.2935
4	Sanofi	Francia	\$37.701	\$6.1174
5	Merck & Co	Estados Unidos	\$37.519	\$7.1230
6	GlaxoSmithKline	Inglaterra	\$33.055	\$5.0410
7	Johnson & Johnson	Estados Unidos	\$26.475	\$5.8100
8	AstraZeneca	Inglaterra	\$24.523	\$4.2690
9	Eli Lilly	Estados Unidos	\$20.119	\$5.3162
10	AbbVie	Estados Unidos	\$18.790	\$2.8310
11	Amgen	Estados Unidos	\$18.192	\$3.9410
12	Teva Pharmaceutical Industries	Israel	\$17.563	\$1.4220
13	Bayer	Alemania	\$15.594	\$2.7100
14	Novo Nordisk	Dinamarca	\$14.886	\$2.0899
15	Boehringer Ingelheim	Alemania	\$14.468	\$3.2467
16	Takeda	Japón	\$13.591	\$3.3516
17	Bristol-Myers Squibb	Estados Unidos	\$12.306	\$3.7150
18	Gilead Sciences	Estados Unidos	\$10.804	\$2.0564
19	Astellas Pharma	Japón	\$10.431	\$2.1323
20	Daiichi Sankyo	Japón	\$10.268	\$1.9259

Fuente: Elaboración propia con datos de Pharm Exec Staff (2014, 9 de junio).

Por su parte, esta última tabla nos muestra el ranking de las principales farmacéuticas en el mundo en 2013. Como se puede observar, hoy en día el primer puesto lo ocupa Novartis de origen suizo y a diferencia del ranking de 2008, con respecto a las posiciones de las empresas, algunas bajaron de puesto como GlaxoSmithKline, que se encontraba en segundo lugar y pasó al tercero y Merck pasó del puesto 7 al 5. En ese sentido también se puede ver que el origen de permanencia son empresas estadounidenses, aunque también suizas, alemanas y japonesas.

3.1.1. Características de las farmacéuticas.

Las empresas farmacéuticas líderes en el ámbito mundial viven de su capacidad de innovar a través de la investigación. Asimismo, vienen a representar un importante elemento de los sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo; está constituida por numerosas organizaciones públicas y privadas dedicadas al descubrimiento, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos para la salud humana y animal.

En ese sentido, se puede decir que la industria farmacéutica tiene sus antecedentes en el siglo XX, específicamente después de la Segunda Guerra Mundial por empresarios o por profesionales. Así por ejemplo, Allen & Hambury y Wellcome, de Londres; Merck, de Darmstadt (Alemania), y las empresas estadounidenses Parke Davis, Warner Lambert y Smithkline & French fueron fundadas por farmacéuticos. Algunas compañías surgieron a raíz de los comienzos de la industria química, como por ejemplo Zeneca en el Reino Unido, Rhône-Poulenc en Francia, Bayer y Hoechst en Alemania o Ciba-Geigy y Hoffmann-La Roche en Suiza. La belga Janssen, la estadounidense Squibb y la francesa Roussell fueron fundadas por profesionales de la medicina (Center University of Ixtlahuaca, 2012, 3 de julio).

Algo que es importante es aludir a la clasificación de la industria farmacéutica: según el origen de los productos y, según el tipo de productos.

- **Según el Origen de los Productos:**

La empresa farmacéutica puede desarrollar sus productos como resultado de su propia investigación o fabricar productos genéricos cuando las condiciones legales del país lo permitan, por lo que puede ser clasificada en:

- **Industria Farmacéutica de Desarrollo de Productos:**

Este tipo de industrias tienen como característica fundamental que invierten un alto monto de sus recursos en la investigación y desarrollo de nuevos principios activos. Los procesos de investigación dan como resultado lo que en términos farmacéuticos se denomina “Nuevas Terapias”.

- **Industria Farmacéutica de Genéricos:**

A los productos que son fabricados con base en las sustancias de laboratorios que no fueron los productores originales se les denomina “Productos Genéricos”. Estos laboratorios participan en la producción de sus propias marcas o genéricos puros, los cuales sólo se distinguen por el nombre del principio activo, al suceder esto, los llamados “Productos de Investigación” sufren la competencia comercial de los “Productos Genéricos”.

- **Según el Tipo de Productos**

Por las propiedades químicas de los componentes de que están elaborados los medicamentos la industria farmacéutica se clasifica en:

- **Industria Farmacéutica de Medicamentos de Prescripción**

Los medicamentos de prescripción son aquellos productos que son consumidos por los pacientes debido a una indicación médica.

- **Industria Farmacéutica de Medicamentos sin Prescripción**

Este tipo de medicamentos no requieren de una prescripción médica para su venta y consumo. Generalmente, estos medicamentos son genéricos con una larga presencia en el mercado y se utilizan para curar enfermedades de bajo riesgo clínico. Por ejemplo, antigripales, medicamentos para la indigestión y otros que pueden adquirirse sin receta médica.

Es importante añadir que los grandes laboratorios farmacéuticos llevan años, e inclusive han estado presentes en estancias jurídicas para contrarrestar la proliferación de fármacos genéricos, debido a que como hemos señalado anteriormente, las empresas aluden a que inhiben la investigación e innovación de nuevos medicamentos. Sin embargo y atendiendo a ello, según un estudio que revisó la FDA estadounidense (organismo que autoriza la venta de medicamentos), sólo un 20% de la inversión en investigación fue a parar a productos que aportan una mejora terapéutica notable (Organización de Consumidores y Usuarios, OCU, 2008, febrero/marzo).

Las características básicas de las empresas farmacéuticas coinciden con las de la mayoría de las empresas transnacionales, al ser una industria altamente oligopolista y muy extendida, en la que un número de empresas relativamente enormes, pertenecientes a un grupo reducido de países dominan la casi totalidad de la producción, investigación y comercialización de los fármacos en el mundo.

Asimismo, esta característica en la estructura internacional de la industria farmacéutica trae como consecuencia un poder comercial de las empresas para dominar un mercado y obtener beneficios mayores que los que obtendrían en una situación competitiva. “El mercado farmacéutico en el 2002 fue, en precios de productor, de 400 mil millones de dólares. De ellos tan solo el 1,2 %, tendría por destino el continente africano. Asia y África juntas representan el 75 % de la población mundial, sin embargo, a ellas fue destinado un 7 u 8 % anual, sin que se apreciaran incrementos en un período de tiempo de 10 años, aun cuando su población no ha dejado de crecer. En cambio los Estados Unidos han duplicado el valor de su mercado farmacéutico en los últimos diez años sin que se haya producido un incremento significativo de su población” (Bond, 1999, 23 de marzo, pp. 765-792; Angell, 2004, 15 de julio).

Es importante señalar que los precios son los medios para regular el acceso a mercados libres que, en sí mismos, son el mecanismo por el cual se conceden bienes en razón a los intereses del sector privado. A pesar de que los productos farmacéuticos son productos que benefician a la sociedad, también tienen valor privado importante. Este beneficio privado, en conjunción con la capacidad de algunos sectores de la población para pagar, produce una demanda que provee incentivos suficientes para la creación de mercados farmacéuticos, formales o informales.

En ese sentido, es importante que los gobiernos determinen cómo los mercados pueden incorporarse a una formulación de políticas generales para alcanzar los objetivos del sector de la salud. Así, en un mercado perfecto, el precio refleja el equilibrio entre la oferta y la demanda. Sin embargo, los mercados farmacéuticos no llegan a ser perfectos por diferentes motivos:

- la información sobre los productos que ayudaría a la toma de decisiones de manera racional no está ampliamente al alcance de los consumidores;
- existen barreras para el ingreso (por ejemplo las patentes);
- muchos mercados de clase terapéutica están dominados por unos pocos competidores, y a nivel mundial, un número relativamente pequeño de compañías representa una porción sustancial de todas las ventas (condiciones oligopólicas);
- los productos competitivos no se consideran sustitutos perfectos (Ballance, Pogány y Forstner, 1992).

Ahora, es necesario decir que finalmente, los mercados no están interesados en los objetivos sociales como la equidad, debido a que la demanda del mercado está auspiciada por las aspiraciones de las personas que pueden pagar los medicamentos, no por las necesidades de todos (incluyendo aquellos que no pueden costear un medicamento). Debido a ello, los precios en un mercado farmacéutico libre no están regulados por la oferta y la demanda actual, y no se encuentran a niveles de lograr el consumo apropiado de los bienes con valor social alto o asequibilidad universal a los medicamentos esenciales (Programa de Acción de Medicamentos Esenciales/OMS, 1998). De ahí vienen los recortes de presupuestos en el área de política social que afectan principalmente a todas las poblaciones de bajos recursos.

3.1.2. Generación de investigación en enfermedades del Norte y del Sur.

Las farmacéuticas cada vez tienen un poder mayor en el mercado, ya que las enfermedades año con año incrementan y esto da pie a que ellas se encarguen de llevar a cabo investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para erradicar o al menos controlar estas enfermedades. Sin embargo, en este aspecto, dichas empresas son un tanto cuestionadas, debido a que algunos autores señalan que su investigación se centra sólo en enfermedades que afectan al mundo desarrollado, mientras que desdeñan las enfermedades que afectan al mundo en desarrollo.

El descubrimiento y producción de nuevos fármacos está en manos de organizaciones universitarias, públicas y privadas. En este sentido, la industria de la

biotecnología se ha convertido en un sector fundamental de la investigación farmacéutica innovadora. A menudo se establecen acuerdos de colaboración entre organizaciones de investigación y grandes compañías farmacéuticas para explorar el potencial de nuevos principios activos (Tait, 2010, 28 de septiembre).

Así por ejemplo, en el estudio denominado “Fatal Imbalance” (Desequilibrio Fatal) publicado por Médicos sin Fronteras, afirma que el 90% de los recursos sanitarios son dedicados a investigar enfermedades que afectan al 10% de los enfermos (los del Primer Mundo) y sólo un 10% de los recursos se dedican a investigar las enfermedades que afectan al 90% de los enfermos, dato conocido como *desequilibrio 10/90* (Médicos Sin Fronteras, 2001).

La razón de ello es que los países del sur son economías pequeñas y no son un gran mercado para la distribución de los medicamentos, ya que el poder adquisitivo en dichos países es pequeño y para ellas no significa un mercado exitoso. Por el contrario, en los países desarrollados, el poder adquisitivo es mayor y los consumidores pueden adquirir los medicamentos al precio que imponen las farmacéuticas, lo cual convierte a esa región en uno de sus principales mercados.

Según Xabier Barrutia y Patxi Zabalo, “el sector farmacéutico es intensivo en tecnología, por lo tanto, está concentrado en los países industrializados del Norte, que suponen más del 90% de la producción mundial y el 97% de las actividades de investigación y desarrollo” (Barrutia y Zabalo, 2003-2004, p. 176). Esto es lo que hace que el mercado de los países desarrollados sea el más grande para las farmacéuticas.

Así por ejemplo, “el consumo está concentrado en los países industrializados. En 2001, entre América del Norte (47.2%), Europa (23.7%) y Japón (12%), los cuales suponen el 83% del mercado mundial y en cambio África sólo supone el 1% del mercado mundial de fármacos” (Barrutia y Zabalo, 2003-2004, p. 177). Esto da cuenta de la enorme diferencia que existe en el consumo de fármacos entre las diferentes regiones del mundo,

todo esto responde a una lógica de la repartición de la riqueza y por supuesto, una diferencia que se refleja en el poder adquisitivo de las personas.

Pero ¿cuál es la realidad que esconden dichas empresas y que es lo que ocupa este trabajo? Pues además de la crítica en la centralización de la investigación y desarrollo, las empresas farmacéuticas también han creado polémica por el sistema de patentes. Ejemplo de ello fue el caso de Sudáfrica, el cual fue muy mencionado y que es parte primordial de este escrito, con el objetivo de dar a conocer cómo funcionan el sistema de patentes farmacéuticas en el mundo y los beneficios y prejuicios de las mismas tanto para empresas como para los países en desarrollo.

3.1.3. El gasto en investigación para nuevos medicamentos vs el gasto en marketing.

Hoy en día las empresas farmacéuticas hacen hincapié en el gasto de I+D, sobre todo hablando de los antirretrovirales, ya que afirman que el gasto en ese rubro, sobre todo para la creación de nuevos medicamentos es lo que hace que tales medicamentos sean caros y muchas de las veces inaccesibles al bolsillo de los países en desarrollo, sin embargo, investigaciones realizadas por Xabier Barrutia y Patxi Zabalo mencionan que: el gasto en marketing es un elevado coste fijo, que al igual que la investigación dificulta la entrada de nuevas empresas en el sector y facilita el monopolio. Así, el marketing es muchas veces un área de colaboración y alianzas estratégicas entre las empresas farmacéuticas.

De hecho, los gastos de marketing son cada vez mayores. En 2002 las empresas innovadoras de Estados Unidos empleaban un 81% más de personal en marketing que en investigación y desarrollo. Y esta es una proporción creciente, puesto que en 1995 el personal dedicado al marketing sólo era un 12% mayor que el ocupado en I+D, el cual incluso ha descendido ligeramente desde entonces.

En ese mismo sentido, Teresa Forcades i Vila nos menciona que la mayor parte de los gastos de las compañías farmacéuticas son actualmente costes de marketing, pero no se presentan como tales, sino se disfrazan como gastos de invención o de producción para

poder encarecer aún más los medicamentos (Forcades, 2006, julio, p. 33). Otras investigaciones, señalan que la creación de un nuevo medicamento es algo difícil y costoso, sobre todo por lo que significa la inversión para desarrollarlo.

Sin embargo, las cifras presupuestarias de las empresas farmacéuticas sugieren algo distinto. Mientras que la investigación y el desarrollo de fármacos reciben alrededor de un 13% del presupuesto, la parcela dedicada a marketing se sitúa entre un 30 y un 35% del presupuesto anual (Angell, 2004, 15 de julio). Por tanto, se gasta más del doble en promocionar un medicamento que en su descubrimiento y desarrollo. Otro punto en ese sentido es que las farmacéuticas han creado las condiciones necesarias para no innovar, pues han eliminado la originalidad, la creatividad y la libertad y favorecen el consenso, la imitación, la sumisión y el espíritu repetitivo (Drews, 1999; citado en Forcades, 2006, julio, p. 31).

Ante estos argumentos, se puede concluir que tal innovación está en duda, sobre todo por la proliferación de los medicamentos *me too* (yo también), que son aquellos que ya tienen en el mercado equivalentes químicamente casi idénticos y que como lo dice un estudio llevado a cabo por Marcia Angell, profesora de Salud Pública de la Universidad de Harvard y editora durante 20 años de *New England Journal of Medicine*, muestra que este tipo de medicamentos no aportan nuevas funciones a la contribución más importante del sector farmacéutico: asciende aproximadamente a un 75% de los medicamentos aprobados anualmente. El argumento fundamental que utiliza la industria con respecto a la producción de medicamentos *me too* es la mejora de los tratamientos existentes. Sin embargo, hay datos que apuntan lo contrario. Desde 2000 hasta 2006, 441 fármacos *me too* fueron aprobados para su comercialización pero tan sólo 44 (10%) significaron una mejora en el tratamiento (Angell, 2007, noviembre).

3.2. El Sistema de Patentes: ¿un sistema de lucro al servicio de las farmacéuticas?

En principio se debe subrayar que las ganancias de las industrias farmacéuticas se basan en las patentes. Con éstas se impide que alguien reproduzca el medicamento y que todos los que puedan comprarlo tengan que hacerlo al precio que establezca la farmacéutica que lo

crea. Sin medicamentos protegidos por patentes, no hay negocio ni dinero. Esto explica la razón por la que los *lobbies* de esta industria presionan para que permanezcan las patentes y por la que en el año 1994 se establecieron los acuerdos ADPIC (Acuerdos del Derecho de la Propiedad Intelectual relativos al Comercio) en el marco de la OMC. Estos acuerdos firmados por todos los países miembros de esta organización debían incluirse en sus legislaciones nacionales antes del 1 de enero de 2005. Al respecto, Sodaro, nos menciona que la globalización, en algunas ocasiones “antepone la economía a la política y las instituciones internacionales a las nacionales” (Sodaro, 2006, p. 337).

Al suscribir los ADPIC en sus leyes nacionales, los gobiernos quedan obligados a no elaborar genéricos procedentes de medicamentos nuevos durante veinte años. En ese tiempo la farmacéutica que los elabora venderá sin competencia su producto, creando así, las condiciones necesarias para la formación de monopolios de los medicamentos. Y esto una vez más denota lo injusto que resultan las patentes para los países en desarrollo, y nos hace pensar en el balance que significa la ganancia vs la salud humana.

Por otra parte aludiendo a la interdependencia existente también concurre un sentido de cooperación, saliendo a relucir el tema de los regímenes internacionales, entendido éste como el “sistema de principios, reglas, normas y procedimientos de decisión en torno a los cuales convergen las expectativas de un determinado campo de actividad” (Krasner, 1993, p. 2). Es necesario decir que este tema es importante para fines de este trabajo, ya que bajo la perspectiva del paradigma globalista, los regímenes internacionales sirven para que los Estados logren ciertos intereses comunes (Keohane, 1982; citado en Krasner, *International Regimes*, pp. 141-171).

En ese sentido, se remarca la idea de que los Estados velan por sus intereses y que la cooperación puede resultar algo benéfico. Axelrod (1984), dice que los Estados dudan que se pueda confiar en las promesas de cooperación de los socios, por ello los regímenes internacionales reducen esa incertidumbre (adoptando estrategias de reciprocidad), disminuyen el temor a ser engañados y/o explotados por las otras partes y propician así la cooperación conjunta (Hasenclever, Mayer y Rittberger (1997). El sistema de patentes se

convierte así en un régimen internacional, sin embargo, creo que más que propiciar la cooperación, viene a ser, como lo denota la teoría neoliberal, más benéfico para las empresas farmacéuticas.

Tal como lo menciona Stiglitz, el ADPIC obliga a otros países a reconocer sus patentes y sus derechos de propiedad intelectual. Las patentes a su vez, otorgan a los inventores el monopolio sobre el derecho de sus creaciones. Los precios elevados supuestamente espolean la investigación, pero lo que sí es un hecho es que el ADPIC estuvo diseñado para que se mantuvieran esos precios altos y por desgracia a esos costos tan elevados, los medicamentos son inaccesibles para todos, excepto para los más ricos (Stiglitz, 2006, p. 145).

Ahora, como se mencionó en líneas anteriores, las farmacéuticas alegan que el costo de la I+D es muy alto y es supuestamente a través de la patentación que las grandes farmacéuticas obtienen el dinero que se invierte en la innovación de un medicamento. Sin embargo, tal cual como lo menciona Germán Velásquez:

A partir de los años 1990, la industria farmacéutica se convirtió al capitalismo especulativo y buscó el lucro inmediato alcanzando niveles de rentabilidad del orden del 20% anual. Se inventaron patentes pero no se patentaron verdaderas invenciones. Hace más de veinte años, los mercados fueron inundados de los famosos “me too”, medicamentos antiguos que volvieron a salir al mercado “maquillados” con grandes esfuerzos publicitarios, re-patentados, pero que –en su gran mayoría- no ofrecían ninguna ventaja terapéutica para los pacientes. Según Even y Debré, en Francia, existen cinco moléculas de referencia para tratar la hipertensión arterial, y 150 “me too”... Una buena parte de éstos, patentados como novedades...Lo que interesa a un gerente de la industria no es curar una enfermedad sino abrir un gran mercado (Velásquez, 2012, 04 de diciembre).

Así, podríamos ver que en realidad, en muchas ocasiones no existe esa innovación que tanto alegan las empresas farmacéuticas, lo que existe es un negocio redondo, ya que la patente otorga un periodo de 20 años, en el cual la empresa recuperará la inversión para la creación de ese medicamento supuestamente nuevo y además tendrá ganancias cuantiosísimas en ese período de tiempo.

En ese sentido, es también importante añadir que en el tema de los medicamentos, las patentes han sido más controvertidas. Aludiendo al profesor Igor Sádaba: la salud es considerada un derecho universal, sin embargo, a la vez, la industria farmacéutica quiere recuperar su esfuerzo e inversión en la creación de medicamentos. Así, las patentes sobre medicamentos muestran el equilibrio de querer sostener un sistema basado en parámetros mercantiles, pero que a la par cubra necesidades sociales, y en ello existe una imposible disociación entre la química capitalista y la sanidad pública.

De igual manera, la entrada masiva de patentes en este sector y el ataque a la creación de genéricos tiene una razón de ser y ésta radica en la crisis que sufrió el sector farmacéutico en la década de 1970, ya que en ese año sus ganancias se fueron en picada. En aquellos tiempos se dio una saturación de medicamentos en el mercado, a su vez, la robustez de los ensayos clínicos, el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas sin solución ni paliativos, los ciclos de innovación biotecnológicos, etc., redujeron los márgenes de lucro de las corporaciones farmacéuticas. De esta manera, las patentes y su extensión fueron la única forma de obtener carteras llenas a final de mes (López, 2008, 16 de octubre). Es decir, las patentes fueron el mecanismo que les permitió seguir obteniendo esas cuantiosas ganancias.

De igual manera, en un Informe de la OMPI (2013, 9 de diciembre), nos dice que las solicitudes de patente presentadas a escala mundial aumentaron en un 9.2% en 2012, esto viene a representar el crecimiento más rápido observado en los 18 últimos años. Es decir, lo que se ve es que hay una proliferación de patentes en los últimos años, esto se puede deber a varias razones, sobre todo porque ésta es una manera de proteger una innovación y además, porque también en términos monetarios resulta ser satisfactoria, sobre todo, si son invenciones que tienen altas ventas en el mercado.

3.2.1. Convenio de la Unión de París.

Este convenio, que en realidad es un tratado internacional, representa uno de los primeros intentos para ponerse de acuerdo con el tema de la protección intelectual. En ese sentido, en 1880, el gobierno francés reunió a representantes de diferentes países, esto con la finalidad

de crear la primera Unión Internacional para la Protección de la Propiedad Industrial. Sin embargo, ésta se concretó hasta 1883 con la firma del Convenio de París.

Tal acuerdo está conformado por 29 artículos, en los cuales se plasma la protección a la propiedad industrial en su acepción más amplia. Así, se puede ver que uno de los principales puntos de este acuerdo es la posibilidad de obtener protección en países extranjeros.

Así, la OMPI (Organización Mundial de la Propiedad Intelectual) nos señala que las disposiciones fundamentales del Convenio pueden dividirse en tres categorías principales: trato nacional, derecho de prioridad y normas comunes.

- 1) En lo que se refiere al trato nacional se establece que, en lo que versa a la protección de la propiedad industrial, los Estados Contratantes deberán conceder a los nacionales de los demás Estados Contratantes la misma protección que concede a sus propios nacionales. De igual manera, tendrán derecho a esa protección los nacionales de los Estados que no sean contratantes, siempre y cuando estén domiciliados o tengan establecimiento industrial o comercial efectivo y serio en un Estado Contratante.

- 2) Asimismo, se establece el derecho de prioridad en relación con las patentes (y modelos de utilidad, donde existan), las marcas y los dibujos y modelos industriales. Esto significa que con arreglo a una primera solicitud de patente de invención o de registro de la marca que sea presentada en uno de los Estados Contratantes, el solicitante podrá, durante determinado tiempo (12 meses para las patentes y los modelos de utilidad y seis meses para los dibujos y modelos industriales y las marcas), solicitar la protección en cualquiera de los demás Estados Contratantes; esas solicitudes posteriores se considerarán presentadas el mismo día de la primera solicitud. Es decir, esas solicitudes disfrutarán de prioridad (de ahí el nombre "derecho de prioridad") con respecto a las solicitudes que otras personas puedan presentar durante los citados plazos por la misma invención, modelo de utilidad, marca o dibujo o modelo industrial.

Además, como se fundan en la primera, dichas solicitudes posteriores no se verán perjudicadas por hechos que puedan haber sucedido en el intervalo (como la publicación de la invención o la venta de artículos que utilicen la marca o en los que se plasme el dibujo o modelo industrial). Una de las grandes ventajas de esta disposición reside en que el solicitante que desea protección en varios países no está obligado a presentar todas las solicitudes al mismo tiempo, ya que dispone de 6 o 12 meses para decidir en qué países desea la protección y para disponer las diligencias necesarias para asegurarse la protección.

3) En el Convenio se establecen además algunas normas comunes a las que deben sujetarse todos los Estados Contratantes. Las más importantes son:

a) En relación con las patentes: las patentes emitidas en los diferentes Estados Contratantes para la misma invención son independientes entre sí: la concesión de la patente en un Estado Contratante no obliga a los demás a conceder otra patente; la patente no podrá ser denegada, anulada, ni considerada caducada en un Estado Contratante por el hecho de haber sido negada o anulada o haber caducado en otro. El inventor tiene derecho a ser mencionado como tal en la patente.

No se podrá denegar la concesión de una patente, y la patente no podrá ser invalidada por el hecho de que la venta del producto patentado o el producto obtenido por un procedimiento patentado sean objeto de restricciones o limitaciones previstas en la legislación nacional. El Estado Contratante que tome medidas legislativas que prevean la concesión de licencias obligatorias para evitar los abusos que podrían derivarse del ejercicio de los derechos exclusivos conferidos por la patente podrá hacerlo únicamente en ciertas condiciones.

Sólo se podrá conceder la licencia obligatoria debido a la falta de explotación industrial o explotación insuficiente de la innovación patentada, cuando la solicitud haya sido presentada después de tres años contados desde la concesión de la patente o después de cuatro años contados desde la fecha de presentación de la solicitud de patente.

Asimismo, la solicitud se rechazará si el titular de la patente justifica su inacción de manera legítima. Por su parte, la caducidad de la patente no podrá ser prevista sólo para el caso en que la concesión de licencia obligatoria no hubiera bastado para impedir el abuso. En este último caso, se podrá entablar el procedimiento para declarar caducada la patente, pero no antes de que expiren dos años contados desde la concesión de la primera licencia obligatoria.

- b) En relación con las marcas: No se fijan las condiciones de presentación y registro de las marcas (regidas por el derecho interno de los Estados partes). Por lo tanto, no se podrá rechazar la solicitud de registro de una marca presentada por un ciudadano de un Estado Contratante, así como tampoco se podrá invalidar el registro, por el hecho de que no hubiera sido presentada, registrada o renovada en el país de origen. Una vez obtenido el registro de la marca en el Estado Contratante, la marca se considera independiente de las marcas que, en su caso, se hayan registrado en otro país, incluido el país de origen; consiguientemente, la caducidad o anulación del registro de la marca en un Estado Contratante no afecta a la validez de los registros en los demás Estados Contratantes.

Cuando la marca ha sido registrada en el país de origen, tiene que ser admitida para su depósito y protegida en su forma original en los demás Estados Contratantes, cuando así se solicita. No obstante, se podrá denegar el registro en algunos supuestos, a saber, cuando la marca afecta a derechos adquiridos por terceros, cuando está desprovista de todo carácter distintivo o es contraria a la moral o al orden público o de naturaleza tal que pueda engañar al público. Si en el Estado Contratante fuera obligatoria la utilización de la marca registrada, el registro no podrá ser anulado por la falta de utilización, sino después de transcurrido un plazo prudencial y sólo si el interesado no justificase las causas de su inacción.

Los Estados Contratantes están obligados a denegar el registro y a prohibir el uso de una marca que constituya la reproducción, imitación o traducción, susceptibles de crear confusión, de otra marca utilizada para productos idénticos o similares y que,

a juicio del órgano competente del respectivo Estado, resultara que es notoriamente conocida en ese Estado como marca que ya es propiedad de una persona que pueda beneficiarse del Convenio.

Los Estados Contratantes deberán asimismo rechazar el registro y prohibir el uso de marcas que contengan, sin permiso, insignias nacionales (escudos de armas, emblemas de Estado y signos y punzones oficiales de los Estados Contratantes) siempre que éstos les hayan sido comunicados por conducto de la Oficina Internacional de la OMPI. Las mismas disposiciones se aplican a los escudos de armas, banderas y otros emblemas, siglas o denominaciones de ciertas organizaciones intergubernamentales.

Las marcas colectivas deben estar protegidas.

- c) En relación con los dibujos y modelos industriales: Los dibujos y modelos industriales tienen que estar protegidos en todos los Estados Contratantes, y no se podrá denegar la protección por el hecho de que los productos a los que se aplique el dibujo o modelo no sean fabricados en ese Estado.
- d) En relación con los nombres comerciales: Los nombres comerciales estarán protegidos en todos los Estados Contratantes sin obligación de su depósito o de registro.
- e) En relación con las indicaciones de procedencia: Los Estados Contratantes deben adoptar medidas contra la utilización directa o indirecta de indicaciones falsas concernientes a la procedencia del producto o a la identidad del productor, fabricante o comerciante.
- f) En relación con la competencia desleal: Todos Estados Contratantes están obligados a asegurar una protección eficaz contra la competencia desleal (OMPI, 2015a; García-Huidobro, 1992, pp. 49-52; OMPI, 2015b).

3.2.2. Tratado de Cooperación en materia de patentes.

Otro documento internacional en cuanto al derecho de propiedad intelectual se refiere, es el Tratado de cooperación en materia de patentes. Este acuerdo se firmó bajo auspicios de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, su nombre es *Patent Cooperation Treaty* (PCT, por sus siglas en inglés). Dicho acuerdo fue firmado en una conferencia diplomática celebrada en Washington, en junio de 1970 y entró en vigor el 24 de enero de 1978.

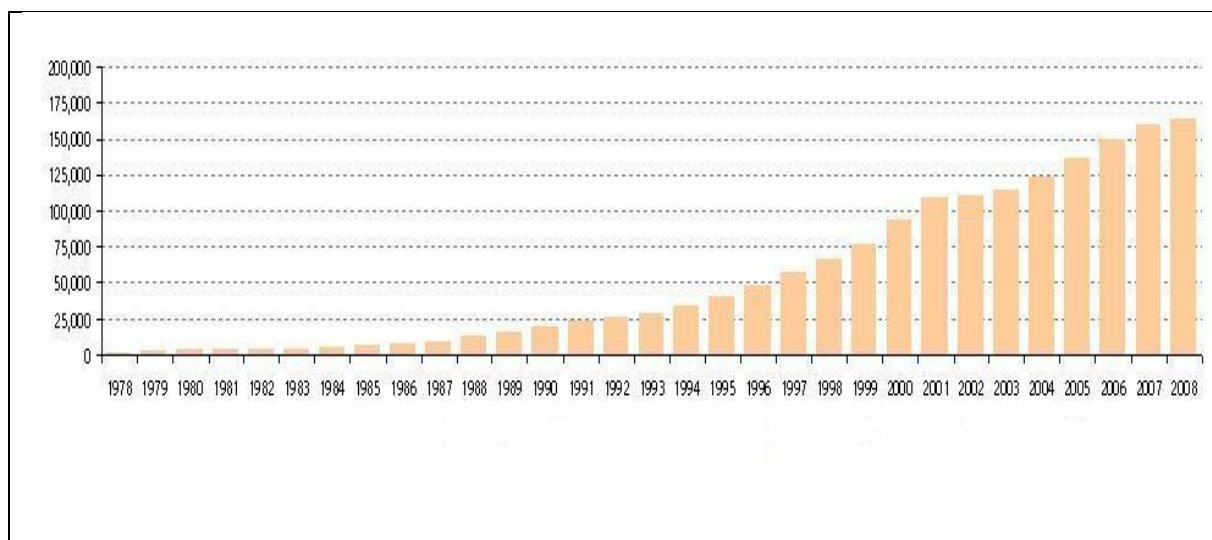
La importancia de este acuerdo radica en que es un tratado destinado a sistematizar y a poner bajo el símbolo de la cooperación internacional la presentación de solicitudes de patente, la búsqueda y el examen, así como la difusión de la información técnica contenida en las solicitudes. El Tratado no dispone la concesión de patentes internacionales; la tarea y responsabilidad de otorgar las patentes compete de manera exclusiva a cada una de las oficinas de patentes de los países donde se solicita la protección o de las oficinas que actúan en nombre de esos países (las oficinas regionales).

De igual manera, se puede decir que este tratado no entra en competencia con el Convenio de París, por el contrario, lo complementa. Por su parte, éste ha sufrido algunos cambios alrededor de los años, es decir, ha tenido algunas enmiendas. La principal es que han ido en aumento el número de miembros, ya que en un inicio sólo fueron 18 países firmantes. Tal como lo menciona Francis Gurry:

En 1992, el número de Estados Contratantes del PCT oscilaba entre los 50 y los 60. A fecha 1 de enero de 2010, el PCT contaba con 142 estados contratantes, otro aspecto es que desde 1978 ha aumentado constantemente el número de solicitudes PCT presentadas anualmente, hasta producirse la primera disminución de menor importancia (-4,5%) en su historia, como consecuencia de la crisis económica mundial de 2009, en tercer lugar está el hecho de que ha seguido aumentando el número de administraciones encargadas de la búsqueda internacional y del examen preliminar internacional y finalmente, como cuarto punto, se ha producido una tendencia a recurrir cada vez más a la división de tareas entre las oficinas de patentes sobre la base de la labor realizada durante la «fase internacional», el período que rige explícita y directamente el PCT (Gurry, 2011, pp. 21-22).

En ese sentido, es importante analizar que a partir de 1978, el número de patentes internacionales han ido en aumento. El gráfico 1 nos muestra que de ser casi nulas en 1978, a partir de 1988 el número de solicitudes han ido creciendo, logrando en 2008, un crecimiento superior a 150, 0000 patentes solicitadas a nivel mundial.

Gráfico 1. Evolución del No. de solicitudes de patente



Fuente: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2015c).

De igual manera, otro aspecto que es importante destacar es el número de patentes por países de origen. En ese sentido, el siguiente cuadro nos proporciona información relevante. Donde se puede ver que el principal país de origen de patentes fue Estados Unidos, seguido de Japón. Esto no es de dudar, si tomamos en cuenta que ambos países tienen un gasto en I+D alto, lo cual se ve reflejado en la patentación de innovaciones.

Tabla 4. Principales países de origen de PCT.

Países de origen	2004	2005	2 006	2007	2008	Proporción en 2008 (%)	Crecimiento 2008 (%)
Estados Unidos de América	43 350	46 803	50 941	54 086	53 251	32.7%	-1.0%
Japón	20 264	24 869	27 033	27 744	28 744	17.6%	+3.6%
Alemania	15 214	15 984	16 732	17 818	18 428	11.3%	+3.4%
República	3 558	4 688	5 944	7 061	7 908	4.8%	+12.0%

de Corea							
Francia	5 184	5 748	6 242	6 568	6 867	4.2%	+4.6%
China	1 706	2 503	3 951	5 441	6 089	3.7%	+11.9%
Reino Unido	5 027	5 084	5 090	5 539	5 517	3.4%	-0.4%
Países Bajos	4 284	4 500	4 529	4 355	4 249	2.7%	-0.1%
Suecia	2 851	2 883	3 316	3 657	4 114	2.5%	+12.5%
Suiza	2 898	3 290	3 577	3 778	3 832	2.3%	+1.4%
Canadá	2 104	2 318	2 566	2 847	2 966	1.8%	+4.2%
Italia	2 189	2 349	2 716	2 946	2 939	1.8%	-0.2%
Finlandia	1 672	1 893	1 845	1 995	2 119	1.3%	+6.2%
Australia	1 837	1 996	2 001	2 053	2 028	1.2%	-1.2%
Israel	1 227	1 4 54	1 589	1 746	1 882	1.2%	+7.8%
Todos los demás	9 245	10 326	11084	12252	12 297	7.5%	+2-0%
TOTAL	122 610	136 688	149 156	159886	163600	100%	+2.4%

Fuente: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2015d).

A su vez, podemos decir que este tratado si bien, ha sido un acuerdo que ha tratado de implementar mejoras en el marco jurídico del PCT y en su funcionamiento práctico, aún tiene grandes desafíos por cumplir. Para ello, Francis Gurry nos comenta que entre ellos se encuentran:

- Mantener el sistema al margen de las cuestiones de política que afectan a otros ámbitos de la OMPI.
- Fomentar la confianza entre las oficinas de patentes, a fin de reducir la tramitación duplicada de las solicitudes PCT en la fase internacional y nacional.
- Velar por que los documentos y el material resultantes de la labor del PCT en el ámbito internacional (los informes y opiniones emitidos por esas Administraciones internacionales) se elaboren de conformidad con los niveles de calidad pertinentes.
- Cuestiones idiomáticas, como por ejemplo: asegurar que se haya identificado correctamente el estado de la técnica pertinente en los informes del PCT de la fase internacional, aun cuando la técnica no se divulgue en el idioma o idiomas utilizados por las Administraciones internacionales competentes (3) y también proporcionar a los solicitantes herramientas que les ayuden a consultar y entender documentos de patente redactados en otros idiomas (Gurry, 2011, p. 22).

3.2.3. El ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) bajo auspicios de la OMC.

Es de suma importancia destacar el rol que juegan el sistema de patentes para las empresas farmacéuticas, ya que éste les permite fijar en cada mercado el mayor precio posible al no contar con competencia. Según la industria farmacéutica, estos beneficios extraordinarios son necesarios para llevar a cabo las tareas de investigación. Sin embargo, como hemos visto, el consumidor paga más por marketing que por investigación. Como bien señalan Barrutia y Zábalo, el ADPIC (Acuerdo sobre aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio) beneficia a las grandes empresas multinacionales radicadas en los países del Norte, que son propietarias de la inmensa mayoría de las patentes.

La versión que da la OMC de este acuerdo es que con la finalidad de homologar reglas referentes que respetasen la protección de productos que son comercializables, ya que el grado de protección y cumplimiento de esos derechos difería considerablemente en los distintos países del mundo y, a medida que la propiedad intelectual fue adquiriendo mayor importancia en el comercio, esas diferencias se convirtieron en una fuente de tensiones en las relaciones económicas internacionales. Debido a ello, se consideró que para que hubiera más orden y previsibilidad y se pudieran resolver más sistemáticamente las diferencias era necesario establecer nuevas normas comerciales internacionalmente convenidas en la esfera de los derechos de propiedad intelectual.

Y fue así como en la Ronda Uruguay esto se logró. Para ello, la OMC (2015a) alude que el Acuerdo sobre los ADPIC constituye:

Un intento de reducir las diferencias en la manera de proteger esos derechos en los distintos países del mundo y de someterlos a normas internacionales comunes. En él se establecen niveles mínimos de protección que cada gobierno ha de otorgar a la propiedad intelectual de los demás Miembros de la OMC. Al hacerlo, establece un equilibrio entre los beneficios a largo plazo y los posibles costos a corto plazo resultantes para la sociedad. Los beneficios a largo plazo para la sociedad se producen cuando la protección de la propiedad intelectual fomenta la creación y la invención, especialmente cuando expira el período de protección y las creaciones e invenciones pasan a ser del dominio público. Los gobiernos están autorizados a reducir los

costos a corto plazo que puedan producirse mediante diversas excepciones, por ejemplo, hacer frente a los problemas relativos a la salud pública. Y actualmente, cuando surgen diferencias comerciales con respecto a derechos de propiedad intelectual, puede recurrirse al sistema de solución de diferencias de la OMC (OMC, 2015a).

De esta manera, el Acuerdo abarca cinco ejes importantes, a saber:

- Cómo deben aplicarse los principios básicos del sistema de comercio y otros acuerdos internacionales sobre propiedad intelectual.
- Cómo prestar protección adecuada a los derechos de propiedad intelectual.
- Cómo deben los países hacer respetar adecuadamente esos derechos en sus territorios.
- Cómo resolver las diferencias en materia de propiedad intelectual entre Miembros de la OMC y
- Disposiciones transitorias especiales durante el período de establecimiento del nuevo sistema.

Tabla 5. Resumen de los cinco ejes principales del ADPIC.

Ejes temáticos del ADPIC	Características
1) Cómo deben aplicarse los principios básicos del sistema de comercio y otros acuerdos internacionales sobre propiedad intelectual.	Al igual que en el GATT y en el AGCS, el punto de partida del Acuerdo sobre la propiedad intelectual son los principios básicos y, al igual también que en los otros dos Acuerdos, reviste especial importancia el principio de no discriminación: trato nacional (igualdad de trato para nacionales y extranjeros) y trato de la nación más favorecida (igualdad de trato para los nacionales de todos los interlocutores comerciales en el marco de la OMC). El otorgamiento de trato nacional es también un principio fundamental en otros acuerdos sobre propiedad intelectual ajenos a la OMC. En el Acuerdo sobre los ADPIC se enuncia un importante principio adicional: la protección de la propiedad intelectual debe contribuir a la innovación técnica y a la transferencia de tecnología. Deben beneficiarse — se dice — tanto los productores como los usuarios y debe acrecentarse el bienestar económico y social.
2) Cómo prestar protección adecuada a los derechos de propiedad intelectual.	En la segunda parte del Acuerdo sobre los ADPIC se examinan diferentes tipos de derechos de propiedad intelectual y cómo de protegerlos. El objetivo perseguido es velar porque existan normas adecuadas de protección en todos los países

	<p>Miembros. Para ello, se parte de las obligaciones dimanantes de los principales acuerdos internacionales de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) ya existentes antes de que se creara la OMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial (patentes, dibujos y modelos industriales, etc.) • El Convenio de Berna para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas (derecho de autor) <p>Esos convenios no abarcan algunas esferas. Por otra parte, en algunos casos se consideró que las normas de protección prescritas eran insuficientes. Así pues, el Acuerdo sobre los ADPIC añade un número importante de normas nuevas o más rigurosas.</p> <p>Asimismo en esta parte del acuerdo, nos habla acerca de los derechos de autor, de las marcas de fábrica o de comercio, de las indagaciones geográficas, de los dibujos y modelos industriales, de las patentes, de los esquemas de trazado (topografías) de los circuitos integrados, información no divulgada y secretos comerciales y lo que concierne al control de las prácticas anticompetitivas en las licencias contractuales.</p>
<p>3) Cómo deben los países hacer respetar adecuadamente esos derechos en sus territorios</p>	<p>En el Acuerdo se dice que los gobiernos han de asegurarse de que los derechos de propiedad intelectual puedan hacerse valer en el marco de sus leyes y de que las sanciones por infracción sean lo bastante severas para disuadir de nuevas violaciones. Los procedimientos deben ser justos y equitativos y no resultar innecesariamente complicados o costosos. No deben comportar plazos injustificables ni retrasos innecesarios. Las partes interesadas deberán poder dirigirse a un tribunal para pedir la revisión de una decisión administrativa o apelar contra la resolución de un tribunal inferior.</p>
<p>4) Cómo resolver las diferencias en materia de propiedad intelectual entre Miembros de la OMC.</p>	<p>En el Acuerdo se expone con cierto detalle cómo deben ser los procedimientos de observancia, con inclusión de normas para la obtención de pruebas, medidas provisionales, mandamientos judiciales, indemnización de daños y otras sanciones. Se dice que los tribunales deben estar facultados para ordenar, en determinadas condiciones, la eliminación o destrucción de las mercancías piratas o falsificadas.</p> <p>La falsificación de una marca de fábrica o de comercio o la fabricación de mercancías pirata que lesionen el derecho de autor, cuando se cometan con dolo y a escala comercial, se considerarán delitos penales. Los gobiernos deberán asegurarse de que los titulares de derechos de propiedad intelectual pueden recibir asistencia de las autoridades aduaneras para impedir las importaciones de mercancías falsificadas y mercancías pirata.</p>

<p>5) Disposiciones transitorias especiales durante el período de establecimiento del nuevo sistema.</p>	<p>Cuando los Acuerdos de la OMC entraron en vigor el 1° de enero de 1995 los países desarrollados disponían de un año para poner sus leyes y prácticas en conformidad con el Acuerdo sobre los ADPIC. Los países menos adelantados disponían de 11 años, hasta 2006, plazo que se ha prorrogado ahora hasta 2013 en general, y hasta 2016 en el caso de las patentes de productos farmacéuticos y de la información no divulgada.</p> <p>Si un país en desarrollo no prestaba protección mediante patentes de productos a un determinado sector de tecnología en el momento de la entrada en vigor para él del Acuerdo sobre los ADPIC (1° de enero de 2000), disponía de cinco años más para establecer esa protección. No obstante, en el caso de los productos farmacéuticos y de los productos químicos para la agricultura debía aceptar la presentación de solicitudes de patentes desde el principio del período de transición (es decir, desde el 1° de enero de 1995), aunque no fuera necesario otorgar la patente hasta el final de dicho período. Si el gobierno permitía la comercialización del producto farmacéutico o del producto químico para la agricultura de que se tratara durante el período de transición, debía -con sujeción a determinadas condiciones- conceder derechos exclusivos de comercialización del producto durante un período de cinco años o hasta que se concediera la patente del producto, si ésta se otorgaba antes de ese plazo.</p> <p>Con algunas excepciones, la regla general es que las obligaciones enunciadas en el Acuerdo son aplicables tanto a los derechos de propiedad intelectual existentes al final del período de transición como a los nuevos.</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial del Comercio OMC (2015a).

De hecho, el ADPIC es fruto directo de la presión de las mismas empresas que se benefician de él. Se puede decir que refleja el triunfo de los intereses empresariales en Estados Unidos y en Europa. En efecto, primero una docena de grandes empresas estadounidenses de diversos sectores, la mitad de ellas relacionadas con la farmacia y/o biotecnología, constituyó un Comité de la Propiedad Intelectual (IPC, en inglés) con el explícito objetivo de incluir ese asunto en la Agenda del GATT durante la Ronda de Uruguay (1986-94). En seguida, el IPC consiguió apoyos de la patronal europea UNICE (Union of Industrial and Employers Confederations of Europe, ahora conocida como

BUSINESSEUROPE) y de la japonesa *Keidanren* para presionar a sus respectivos gobiernos (Barrutia y Zábalo, 2003-2004, p. 181-182).

Y en 1988 esa colación de organizaciones empresariales de la Triada, en un hecho sin precedentes, se dirigió al entonces director de GATT y le propuso el borrador de lo que luego se convirtió en el ADPIC¹². Este acuerdo suscita una controversia entre las empresas farmacéuticas y los países en desarrollo, ya que este acuerdo le otorga la patente y el monopolio de la invención a la empresa por 20 años y establece que los medicamentos deben estar patentados, en tal caso, este tema es uno de los principales puntos en los que se centra la investigación, ya que si bien, esto es un acuerdo económico y legal, deja en desventaja a los países en desarrollo, ya que en el caso del SIDA, y más específicamente hablando de África, dichos países no pueden tener acceso a esos medicamentos, sobre todo, tomando en cuenta, que es una zona azotada por la pobreza y por la falta de recursos tanto materiales como sociales para hacer frente a la enfermedad.

La conclusión preponderante es pesimista acerca de los efectos netos de las patentes sobre fármacos en el bienestar económico de los países en desarrollo (o más precisamente, de los importadores netos de los medicamentos patentados)... Se trata por lo tanto de intereses encontrados: por un lado las empresas farmacéuticas del Norte, por otro los gobiernos del Sur que luchan activamente por generalizar los tratamientos existentes contra el SIDA. Y de hecho ya se han enfrentado en varias ocasiones, algunas bien conocidas.

3.2.4. El tema de las licencias obligatorias y las importaciones paralelas en la creación de genéricos para combatir el VIH/SIDA.

Uno de los temas que ha causado confusión y sobre todo controversia en su aplicación dentro del ADPIC es el que se refiere a las licencias obligatorias. Éstas son importantes debido a que su provisión es un elemento crucial en una ley de patentes que tenga en cuenta las exigencias de la salud. Dichas licencias pueden ser una herramienta substancial para

¹² Este acuerdo fue resultado de la presión de las empresas multinacionales cuando se creó la OMC, con la finalidad de incluir los Derechos de Propiedad Intelectual y que éstos pasaran a formar parte de las áreas generales del comercio que constituyen la base de la organización, las otras dos son las que se refieren a los bienes y servicios. Dicho acuerdo cubre las normas referentes a la propiedad intelectual.

fomentar la competencia y hacer más asequibles los medicamentos, afianzando al mismo tiempo que el titular de la patente sea compensado por el uso de la innovación. Sin embargo, la industria farmacéutica basada en la investigación se ha opuesto en general a la utilización de tales licencias, alegando que desincentivan la inversión y la I+D (Bond, 1999, 23 de marzo).

Se puede decir que tanto las licencias obligatorias como la provisión bolar¹³, son exenciones al cumplimiento de las patentes y su objetivo principal es permitir el acceso a medicamentos a los países con menores recursos económicos. A su vez, la aplicación de estas medidas podría suponer una apertura de la industria a nuevas empresas, generando con ello una difusión de conocimiento tecnológico hacia nuevos países y productores. Sin embargo, como ya lo mencioné en líneas anteriores, las grandes empresas farmacéuticas no ven con buenos ojos estas disposiciones.

Desde la óptica de la OMC, las licencias obligatorias representan el permiso que da un gobierno para producir un producto patentado o utilizar un procedimiento patentado sin el consentimiento del titular de la patente. Se trata de una de las flexibilidades que permite en lo que respecta a la protección de las patentes, el Acuerdo de la OMC sobre Propiedad Intelectual. Ahora, estas licencias no son nuevas, han existido desde que entró en vigor dicho acuerdo en 1995 (OMC, 2006).

En ese sentido, hay un tema que es de suma importancia y que va de la mano de las licencias obligatorias, es el que se refiere al tema de las importaciones paralelas¹⁴. Sin embargo, la explotación de la patente va más allá de la producción del medicamento en el estado que haya sido concedida, perjudicando también a la importación del mismo

¹³ Define las circunstancias en las que los propietarios de una patente no están autorizados a prevenir que terceros realicen actos que de otro modo son protegidos por la ley de patentes.

¹⁴ Una importación paralela consiste en la operación en la que un producto que ya ha sido comercializado previamente en un país, es importado posteriormente a otro país. La importancia de esta comercialización radica en aprovechar las diferencias de precios entre los mercados nacionales. Esta práctica que en principio podría ser beneficiosa para los países en vías de desarrollo (ya que permitiría importar medicamentos más baratos, y en el caso de tener capacidad industrial de producción en el sector farmacéutico, como es el caso de la India, podrían exportar dichos medicamentos a otros países, favoreciendo así el desarrollo económico nacional de este sector).

procedente de un tercer país. Es decir, el titular de la patente en el país de importación puede bloquear esta operación.

Esto tiene que ver con la situación referida al agotamiento internacional, ya que no se instituyen referencias territoriales en la comercialización de los productos protegidos y todos los derechos de propiedad intelectual. En este sentido, se ponen en manos de la reglamentación de los Estados miembros. Así por ejemplo, la OMC dice que el fundamento para permitir importaciones paralelas es que dado que el inventor ha sido recompensado mediante la primera venta o distribución del producto, no tiene derecho a controlar la utilización o reventa de las mercancías puestas en el comercio con su consentimiento o de otra manera autorizada. Dicho de otra manera, los derechos del inventor se han “agotado” (Correa, 2001).

Este tema es importante, desde el punto de vista que tiene esta investigación, ya que el acudir a las importaciones paralelas, permite que los países (sobre todo los subdesarrollados) puedan importar una medicina patentada desde un país donde se venda a un precio menor, esto hace posible que en el país importador más pacientes tengan acceso al producto, sin que ello sea impedimento a que el titular de la patente sea remunerado por la invención patentada en el país donde el producto se vendió por primera vez.

Asimismo, y siguiendo con el tema de las exenciones para el acceso libre de medicamentos, el ADPIC contempla en algunos artículos estos temas. Para ello, se debe decir que hay una idea equivocada en el sentido de que las licencias obligatorias sólo son aplicables en casos de emergencia. Sin embargo, el acuerdo no enuncia concretamente las razones a las que se podrían evocar para justificar las licencias obligatorias. No obstante, la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la Salud Pública corrobora que los países tienen libertad para establecer las razones para la concesión de licencias obligatorias.

Para ello, es necesario aludir al artículo 8 del ADPIC, intitulado *Principios* que dice: “Los Miembros, al formular o modificar sus leyes y reglamentos, podrán adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición de la población, o para

promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico, siempre que esas medidas sean compatibles con lo dispuesto en el presente Acuerdo” (OMC, 2015b). En ese sentido, el ADPIC en su artículo 30 contempla dos escenarios en las que prevalece el interés público frente a los privados, a saber, las “excepciones a los derechos conferidos” y “otros usos sin autorización del titular”. Y se establecen para ello, dos disposiciones: la provisión bolar y las licencias obligatorias (OMC, 2015b).

Por su parte, la OMC aludiendo al Art. 31 del ADPIC, menciona que existe una serie de condiciones para emitir licencias obligatorias. De las cuales resaltan: que en términos generales, la persona o la empresa que solicite una licencia tiene en primera instancia que haber negociado previamente, en términos comerciales razonables, una licencia voluntaria con el titular de la patente. Si no se llega a un acuerdo, entonces es posible la emisión de una licencia obligatoria, y aunque se haya emitido una licencia obligatoria, el dueño de la patente debe recibir una retribución.

Así, el Acuerdo sobre los ADPIC establece que “el titular de los derechos recibirá una remuneración adecuada según las circunstancias propias de cada caso, habida cuenta del valor económico de la autorización”, sin embargo, no se define lo que se entiende por “remuneración adecuada” o “valor económico” (OMC, 2015b). En ese sentido, puede haber una mala interpretación de los términos, por tanto se considera que, al acuerdo le hace falta esclarecer qué es lo que se entiende por remuneración adecuada.

Finalmente podemos decir que tanto las licencias obligatorias como las importaciones paralelas son un mecanismo de suma importancia para la creación y/o importación de medicamentos genéricos, esto sobre todo para los países en desarrollo que no tienen la capacidad de adquirir los medicamentos, debido a los altos precios en el mercado impuestos por las grandes farmacéuticas que tienen la patente. En ese sentido, concuerdo con Valentina Delich al decir que:

Las licencias obligatorias son un instrumento legal y legítimo que ayudan a los gobiernos a regular mejor el mercado, y también, las necesidades que no tienen que ver con el mercado sino

con la salud pública. Es fundamental que este tipo de instrumentos los estados aprendan a utilizarlos y que los regulen correctamente porque van en beneficio del propio estado, de sus ciudadanos y de un mejor funcionamiento del mercado (Revista de Propiedad Intelectual No. 1, 2014, junio, p. 18).

Tabla 6. Opciones de licencias obligatorias/uso gubernamental ejercidas por los países en desarrollo.

Fecha/País	Razones	Tipo de Licencia	Efecto sobre el precio del medicamento
Mayo 2002- Zimbabwe	VIH/SIDA	LO a favor de la compañía genérica Varichem Pharmaceutical Co. para producir siete versiones genéricas de retrovirales de primera línea.	El Ministerio determina los precios de los medicamentos de producción local, basándose en mecanismos de control de precios.
Noviembre 2003- Malasia	VIH/SIDA	LO para importar una versión genérica de retrovirales de Cipla (India) por dos años, a contar desde el 1 de noviembre de 2003.	El precio máximo de estos medicamentos que han de ser provistos al Ministerio de Salud de Malasia, no debe exceder los siguientes: (a) Didanosina, comprimidos de 100 mg - RM74.58 (por caja de 60 comprimidos) (b) Didanosina, comprimidos de 25 mg - RM22.80 (por caja de 60 comprimidos) (c) Zidovudina comprimidos de 100 mg - RM5.89 (un set de 10 comprimidos) (d) Lamivudina, comprimidos de 150mg + Zidovudina, comprimidos de 300mg - RM153.50 (por caja de 60 comprimidos).
Abril 2004- Mozambique	Emergencia nacional y extrema urgencia (VIH/SIDA).	LO a Pharco Mozambique Ltd. para la fabricación local del mencionado triple compuesto bajo las marcas PHARCOVIR 30 y PHARCOVIR 40.	
Septiembre 2004- Zambia	Emergencia nacional y extrema urgencia (VIH/SIDA)	LO a favor de Pharco Ltd., productor local, producción de	

		combinación de dosis fija triple.	
Junio 2005- Eritrea.	Emergencia nacional (VIH/SIDA)	LO para la importación de retrovirales genéricos.	
Octubre 2004- Indonesia.	Decreto Presidencial núm. 83 de 2004 relativo a la Explotación Gubernamental de Patente sobre Medicamentos Retrovirales de uso gubernamental	LO del Ministro de Salud para designar una “fábrica farmacéutica” como explotadora de la patente, en nombre del gobierno.	La diferencia de precios entre los medicamentos patentados y los genéricos es muy importante.
Oct. 2005- Ghana.	VIH/SIDA.	LO para importar un medicamento genérico de la India contra el VIH-SIDA.	Los costos de los retrovirales cayeron casi un 50%, de \$495/año a \$235/año por paciente.
Nov. 2006- Tailandia.	Uso gubernamental, en vigor hasta el 31 de diciembre de 2011	LO para importar el producto genérico de la India y producir Efavirenz localmente. La cantidad no debe exceder 200.000 pacientes por año, para los que tienen cobertura en virtud de la Ley B.E. 2545 de Sistema de Seguro de Salud Nacional, la Ley de Seguro Social B.E. 2533, y el plan de beneficios médicos para empleados gubernamentales y funcionarios públicos.	
Enero 2007- Tailandia	Uso gubernamental en vigor hasta el vencimiento de la patente o cuando desaparezca la necesidad extrema.	LO para el medicamento contra enfermedades coronarias Plavix (bisulfato de clopidogrel). El permiso para el suministro de versiones genéricas del medicamento Clopidogrel es ilimitado para pacientes cubiertos por la Ley B.E. 2545 de Sistema de Seguro de Salud Nacional, la Ley de Seguro Social B.E. 2533, y el plan de beneficios médicos para empleados gubernamentales y	La expectativa de disminución del precio de Plavix fue de 120 baht a 6-12 baht por comprimido.

		funcionarios públicos, si bien queda a juicio del médico.	
Enero 2007-Tailandia	El uso gubernamental de los derechos de patente tiene vigencia hasta el 31 de enero de 2012.	LO para el medicamento contra el SIDA Kaletra (LPV+RTV). El ejercicio de los derechos de las patentes estará limitado al suministro de Efavirenz a no más de 50.000 pacientes por año, para aquellos cubiertos por la Ley B.E. 2545 de Sistema de Seguro de Salud Nacional, la Ley de Seguro Social B.E. 2533, y el plan de beneficios médicos para empleados gubernamentales y funcionarios públicos.	En el año 2007, Abbott Lab aplicaba un precio de 6000 Baht/mes o 72.000 Baht/ año por paciente. Se espera que el precio de la versión genérica sea un 20% menor.
Mayo 2007- Brasil	Uso gubernamental luego de fracasadas las negociaciones con el titular de la patente.	LO para importar efavirenz genérico de la India, en lugar de adquirir Stocrin –la marca registrada del producto patentado efavirenz- al fabricante estadounidense Merck & Co.	Brasil emitió una licencia obligatoria para el producto efavirenz, para importarlo a razón de \$ 0.46 por comprimido.
Noviembre 2009- Ecuador	Asunto de interés público	El Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual (IEPI) emitió una licencia obligatoria, y el plazo de aplicación de la licencia es hasta el 14 de noviembre de 2014 para el producto ritonavir. El 14 de abril, fue concedida a Eskegroup SA, distribuidor latinoamericano de CIPLA con sede en Guayaquil, productor líder de medicamentos genéricos.	La LO redujo el costo de un importante producto para tratar el VIH en un 27%, y se esperaba que los precios bajen aún mucho más. Bajo la LO, Kaletra (con un costo de 1.000 anuales por paciente) estaba disponible a \$800. Se esperaba que los precios continuaran bajando a medida que el gobierno licenciara a más competidores.

Fuente: Vid., Sampath (2011, sin publicar; citado en Correa, 2011, septiembre, pp. 18-21).

En esta tabla podemos observar que la gran mayoría de estas licencias obligatorias han sido dirigidas al tema de los antirretrovirales y que evidentemente, se han emitido en países en desarrollo, esto se explica debido a que los precios en esos países son mucho más caros e inaccesibles. También es de resaltar que en su mayoría estas licencias han sido para importar o para producir localmente los medicamentos patentados y en los casos en los que se dispone de información, estos mecanismos han significado la reducción de los precios de estos medicamentos.

En el siguiente capítulo se analizará cómo el tema de las exenciones para la creación de medicamentos genéricos se puede convertir en un choque de intereses entre las empresas farmacéuticas y los gobiernos, dando lugar a demandas y controversias internacionales.

4. Las empresas farmacéuticas vs el gobierno sudafricano en el tema del VIH/SIDA: una controversia internacional.

“Ustedes, (organizaciones de la sociedad civil), no solamente imparten vida al concepto de ‘Nosotros, los pueblos,’ en cuyo nombre fue escrita nuestra Carta; ustedes nos acercan a la promesa de que el poder de la gente puede hacer que la Carta funcione para todos los pueblos del mundo en el siglo veintiuno”

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, en la Cumbre del Milenio.

En este capítulo, el cual comprende el último de esta investigación, se presenta un caso de estudio en el que se denota la controversia en el tema de las patentes enarbolado por las empresas farmacéuticas a través del ADPIC y el gobierno sudafricano, el cual en 1997 emitió una ley que permitía la creación y/o importación de medicamentos genéricos, en específico de antirretrovirales para combatir el VIH/SIDA.

En ese sentido, se debe aludir que se escogió dicho país, puesto que es uno de los países de África Subsahariana más azotado por el VIH/SIDA. Tal como se mencionó en el capítulo uno, la región Subsahariana es la más afectada a nivel mundial por esta enfermedad. Asimismo, en el periodo de tiempo que comprende esta investigación, los casos de contagios por este padecimiento en Sudáfrica aumentaron, convirtiéndose en un tema de atención por parte del gobierno, el cual tuvo que tomar medidas para poder minimizar los casos de contagio. Es por ello que, en 1997 y ante esta emergencia se emite la ley denominada *Medicines and Related Substances Control Act* en 1997. Dicha ley se ratificó en noviembre de ese mismo año.

La importancia de esta ley es que permitía la creación de medicamentos genéricos o en su defecto, la importación paralela para la adquisición de antirretrovirales genéricos a bajo costo. En ese sentido, la molestia de las empresas farmacéuticas no se hizo esperar, debido a que consideraron que el gobierno sudafricano al emitir esta ley, contravenía el ADPIC (Acuerdo de Propiedad intelectual referente al Comercio) y a su vez, esto significaba para ellas, una pérdida en sus ganancias derivadas de las ventas de estos medicamentos.

En ese sentido, este capítulo nos adentrará en un estudio más a fondo de esta controversia internacional en materia de patentes. Asimismo, tratará de mostrar el

desarrollo de la misma y cómo es que las empresas se vieron obligadas a retractarse de esa demanda, debido a la presión que ejerció la sociedad civil internacional, denotando que el poder de la opinión pública en temas de desigualdad, como es el caso del impedimento del libre acceso a medicamentos básicos, es importante y cómo se pueden revertir demandas e incluso reformas cuando la sociedad internacional se organiza en un tema específico de interés.

4.1. Los antecedentes.

El tema del VIH/SIDA es un mal que aqueja a África. Como se pudo observar en el desarrollo del primer capítulo de esta investigación, hoy en día, los contagios por VIH/SIDA en África han ido en aumento. En ese sentido, es importante recordar que de todas las regiones del mundo, África Subsahariana es la más azotada por esta enfermedad, así podemos aludir que “en 2003, el VIH/SIDA fue la primer causa de muerte entre jóvenes y adultos de 15-19 años de edad alrededor del mundo. De acuerdo a la OMS, en 2003, aproximadamente 40 millones de personas vivían con SIDA, habían 5 millones de nuevos infectados y 3 millones habían muerto. Desde 1980, el SIDA ha cobrado la vida de 25 millones de personas” (Doh y Holt, 2005). Estas cifras, al final nos demuestran el impacto que ha tenido tal enfermedad en el mundo.

En ese mismo sentido, las cifras nos revelan que en África Subsahariana, aproximadamente 26 millones de personas viven con SIDA. De los 3 millones de muertes por SIDA globalmente en 2003, aproximadamente 2/3 o 2.2 millones están en África Subsahariana. Esta enfermedad afecta más a mujeres y niños. Para finales de 2003, más de 2 millones de niños fueron infectados en la región y un porcentaje desproporcionado de infectados fueron mujeres (Doh y Holt, 2005). Al analizar estas cifras, nos damos cuenta de la situación compleja que vive la región, debido a esta enfermedad.

Se debe decir que Sudáfrica, es uno de los países que presentan mayor contagios en el continente. Además, muchos de los casos de transmisión de esta enfermedad en Sudáfrica son resultado de factores económicos, sociales y culturales. Asimismo, la enfermedad en este país ha sido causa de la baja en la esperanza de vida de los habitantes

de 66 años a 50, un nivel no visto en los últimos 50 años. En ello radica la importancia de estudiar el caso sudafricano.

Teniendo esto en cuenta, podemos decir que la situación por el tema del VIH/SIDA en Sudáfrica se complicó tanto, al grado de que el gobierno en turno, lo consideró un caso que había rebasado sus capacidades. En ese mismo sentido, se debe aludir, que uno de los grandes problemas si bien, es lo complejo que se torna el acceso de medicamentos debido a los altos precios que imponen las empresas farmacéuticas, otro de los problemas que influyen es la falta de infraestructura médica, lo cual vuelve más compleja la realidad africana. Aunque argumentos de este tipo para autores como Kavaljit Singh fue una estrategia de las empresas farmacéuticas para distraer los temas de verdadera importancia.

Tal y como lo argumentan Pranitha Maharaj y Benjamin Roberts, los defensores de los ADPIC argumentan que la protección de patentes no es el más importante factor que impide el acceso a medicamentos en países en desarrollo. En cambio, ellos tienden a enfatizar que la falta de gasto en atención a la salud y la ausencia de una infraestructura sanitaria adecuada para administrar medicamentos de manera segura y eficaz son las verdaderas causas de la falta de acceso a tratamiento médico. De igual manera, las versiones genéricas de medicinas patentadas pueden ser de calidad deficiente o incluso peligrosas (Maharaj y Roberts, 2006, citado en Grown, et al., p. 219).

Teniendo en cuenta este panorama, es por ello que el gobierno de Sudáfrica en 1997 decide emitir una ley que permitía la compra o importación de medicamentos genéricos para contrarrestar la enfermedad, tomando en cuenta que el VIH/SIDA se convirtió en un caso de salud pública y sobre todo de emergencia en el país.

De igual manera, se debe decir que este tipo de conflictos entre empresas farmacéuticas y gobiernos, no es la primera ocasión que se dan, ya que en esos mismos años, tanto el gobierno de Sudáfrica como el de Brasil, alegaron que las empresas farmacéuticas son las responsables de los excesivos precios que se les imponen a los medicamentos.

En ese mismo sentido, Hernández (2009) nos dice que aunque con frecuencia haya coincidencias, convergencias y conveniencias recíprocas entre gobiernos nacionales y empresas, corporaciones o conglomerados, en lo que se refiere a asuntos nacionales, regionales y mundiales, es innegable que las transnacionales se libraron progresivamente de algunas de las imposiciones o limitaciones inherentes a los estados nacionales. La geoeconómica y la geopolítica de las transnacionales no siempre coinciden con la de los estados nacionales. Es más, con frecuencia se disocian o chocan.

Por su parte, cada gobierno, llevó a cabo la creación de legislaciones que permitían la creación de medicamentos genéricos. En ese sentido, de 1996-2001, el gobierno de Brasil llevó a cabo una serie de conversaciones con las empresas farmacéuticas multinacionales para la obtención de licencias para la producción local de antirretrovirales. En 1997, durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso, se ratificó una legislación sobre patentes que permite a compañías locales, en determinados casos, la fabricación de productos patentados. El artículo 71 de la nueva ley señala que: “si las compañías internacionales no inician la producción de la patente en Brasil tras tres años, perderán el derecho de patente. Por lo tanto, Brasil puede producir medicamentos genéricos”. La legislación brasileña provocó malestar en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos y, a su vez, fue fuertemente apoyada por las organizaciones civiles internacionales (Giaccaglia, 2010, enero/junio). Algo parecido con lo sucedido en el país que analizamos.

4.2. La denuncia de la coalición de farmacéuticas al gobierno sudafricano.

Uno de los casos más representativos de controversia por el sistema de patentes es el emprendido por una coalición de 39 empresas farmacéuticas contra el gobierno sudafricano, ya que éstas rechazaban una ley que buscaba posibilitar el acceso a medicamentos para la población del país. Esta ley fue denominada *Ley Sudafricana de Control de Medicamentos y Sustancias Afines*. El 31 de octubre de 1997, el Parlamento Sudafricano aprobó la *Medicines and Related Substances Control Act* (Ley de Medicamentos) N°. 90 de 1997. El Presidente Nelson Mandela sancionó la Ley el 25 de noviembre de 1997 (Nwobike, 2006, junio). La importancia de esta ley es que permite a compañías locales fabricar copias genéricas de medicamentos de marca a bajo precio y con

ello lograr que los medicamentos contra el SIDA fueran accesibles para las personas que padecen la enfermedad.

Como consecuencia a esta iniciativa, en 1998 la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Sudáfrica (PMA) y 39 compañías farmacéuticas sudafricanas, europeas y estadounidenses demandaron la ley ante el Alto Tribunal de Pretoria. Cabe destacar que de esa coalición de empresas, sólo cuatro son las que llevan a cabo la producción de antirretrovirales, a saber, Merck, GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb y Boehringer Ingelheim, las 35 restantes decidieron unirse a tal demanda. Según las empresas, esta ley crearía un precedente que podría acabar con los derechos de patente y de propiedad intelectual de las compañías farmacéuticas. De igual manera, manifestaron que era inconstitucional, que iba en contra de la Ley de Patente de 1978, y contraria al Artículo 27 del Acuerdo de los ADPIC sobre Propiedad Intelectual, esto trajo consigo que la ley promovida por el gobierno de Sudáfrica estuviese paralizada por tres años.

Al respecto, Jean-Pierre Garnier argumenta que:

La principal preocupación para la industria era que la legislación sudafricana era vaga y ambigua y, en particular, la ley parecía dar la libertad al gobierno para anular las patentes de cualquier medicamento a su criterio. Esto habría socavado la capacidad de la industria para ofrecer nuevos y mejores medicamentos (Garnier, 2001, 15 de octubre).

Por su parte, el gobierno sudafricano aludió que una de sus obligaciones era proteger la salud y la vida de su población, así como también el acceso de medicamentos para dar cumplimiento a estos derechos fundamentales, tal cual se denota tanto en leyes internacionales y nacionales, como es el caso de la Constitución de Sudáfrica de 1996 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Sin embargo, en tal aspecto podemos decir que el ADPIC posee un apartado donde permite las licencias obligatorias¹⁵

¹⁵ La licencia obligatoria es aplicable a las patentes cuando las autoridades conceden licencia a empresas o personas distintas del titular de la patente para usar los derechos de la patente — fabricar, usar, vender o importar un producto protegido por una patente (es decir, un producto patentado o un producto fabricado por un procedimiento patentado) — sin el permiso del titular de la patente. Permitido en el marco del Acuerdo sobre los ADPIC (propiedad intelectual) a condición de que se cumplan ciertos procedimientos y condiciones.

(OMC, 2015c) y las importaciones paralelas¹⁶ (OMC, 2015d) en caso de emergencias, en específico las sanitarias, por lo tanto, podemos admitir que el gobierno sudafricano no fue en contra de tal acuerdo. Sin embargo, el gobierno de Estados Unidos intentó presionar afirmando que suspendería toda la Ayuda para el Desarrollo encaminada en apoyo a Sudáfrica, todo con la finalidad de que tal ley fuese revocada.

4.3. El trasfondo de la denuncia.

El hecho de que la coalición de empresas farmacéuticas haya demandado al gobierno sudafricano se debe a varios factores. Como se ha señalado a lo largo de esta investigación, las farmacéuticas han creado todo un sistema complejo que asegure los altos precios de los medicamentos en el mercado y tal como lo dejamos sustentando en el capítulo anterior, el argumento que ellas dan de imponer altos precios en el mercado corresponde a la investigación y desarrollo que llevan a cabo para la creación de nuevos y mejores medicamentos se pone en duda. Es por ello, que al percatarse que el gobierno de Sudáfrica había implementado una nueva ley que permitía las importaciones paralelas así como las licencias obligatorias, con la finalidad de bajar los precios de los antirretrovirales, era algo que contravenía sus intereses y por ende, tenían que bloquear esa iniciativa.

Por lo tanto, desde un inicio, las empresas que en su mayoría son de origen estadounidense, así como el gobierno de ese país, se opusieron a la ley e incluso intentaron persuadir al gobierno de Sudáfrica para retractarse de emitir la ley, sobre todo a través de la amenaza de imponer sanciones comerciales. Tal como nos lo mencionan Phranita Maharaj y Benjamin Roberts:

Dado que el farmacéutico representa un lobby de la industria de gran alcance en los Estados Unidos, fue algo sorprendente cuando, en 1998, la administración Clinton, el Congreso y el Representante de Comercio de Estados Unidos hicieron campaña para persuadir al gobierno de Sudáfrica para modificar la Ley de Medicamentos (Maharaj y Roberts, 2006, citado en Grown, et al., 2006, p.222).

¹⁶ Situación en la que un producto fabricado legalmente en el extranjero (es decir, no un producto pirata) se importa sin permiso del titular del derecho de propiedad intelectual (por ejemplo, el titular de una marca de fábrica o de comercio, o de una patente). Algunos países lo permiten, pero otros, no.

En ese sentido, se puede decir que el gobierno estadounidense, el cual siempre ha considerado a la industria farmacéutica como estratégica, y por ende, ha defendido los intereses de las mismas, es por ello que utilizaron varias estrategias para lograr que el gobierno sudafricano enmendara sus leyes. Kavaljit Singh nos dice que entre ellas, en 1998 la Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos suspendió los beneficios adicionales que tenía Sudáfrica bajo el Sistema General de Preferencias, un esquema de comercio según el cual los países pobres pueden exportar productos a Estados Unidos con impuestos reducidos. En abril de 1999, esa misma Oficina ubicó a Sudáfrica en la “lista vigilada” de la Sección 301¹⁷ (International Centre for Trade and Sustainable Development, ICTSD, 2012, 12 de agosto).

De igual manera, Kavaljit Singh nos relata que:

Estados Unidos también intentó "sobornar" a los países africanos para que no utilizaran su derecho a otorgar licencias obligatorias. El Export-Import Bank (Ex-Im Bank) de Estados Unidos anunció en julio de 2000 que destinaría 500 millones de dólares en préstamos disponibles cada año para los países africanos, a fin de que pudieran adquirir medicamentos contra el SIDA, con la salvedad de que dichos préstamos se utilizarían sólo para comprar esos fármacos a las industrias farmacéuticas transnacionales de Estados Unidos. Sin embargo, el gobierno estadounidense empezó a revertir su posición a mediados de 1999, cuando los activistas y grupos defensores de la salud comenzaron a hacer campaña por este asunto y encendieron el fuego al máximo durante la campaña electoral presidencial. Finalmente, durante la segunda mitad de 2000, el gobierno de Clinton aprobó una orden ejecutiva según la cual Estados Unidos no cuestionaría las medidas políticas que respetan el Acuerdo sobre TRIPS (ADPIC por sus siglas en español) para volver accesibles los medicamentos en cualquier parte de África. Hay que mencionar, sin embargo, que esa orden se limita en su aplicación al África Subsahariana y exclusivamente a los medicamentos contra el SIDA (Singh, 2001, septiembre/octubre).

Por otra parte, una de las situaciones que alega la industria farmacéutica en el caso de esta ley es que al llevarse a cabo, esto pondría en riesgo el sistema de patentes y a su

¹⁷ Las llamadas Sección Especial 301 y Súper 301 de la Ley de Comercio de los Estados Unidos (EE.UU.) establecen un monitoreo controvertido y unilateral de los sistemas de protección a la propiedad intelectual (PI) de todos los países a partir de estándares definidos por el propio monitor. Los criterios utilizados por EE.UU. no están del todo claros, aunque sí la periodicidad de los informes, y por lo tanto, del sistema de monitoreo empleado.

vez, esto traería como consecuencia que no haya más I+D para la creación de nuevos medicamentos. En ese sentido Maharaj y Roberts nos comentan que:

La industria farmacéutica ha sostenido que la protección de derechos de propiedad intelectual es fundamental para estimular y sostener la investigación y desarrollo de medicamentos (I+D). Las innovaciones requerirán una considerable inversión financiera, y si una invención no tiene protección de patente, el inventor puede no ser capaz de recuperar sus pérdidas o ganancias de la inversión y es probable que esto repercuta negativamente en la disponibilidad de nuevos fármacos para el tratamiento de enfermedades (Maharaj y Roberts, 2006; citado en Grown, et al., 2006, p. 219).

Sin embargo, tal y como se abordó en el capítulo dos de esta investigación, aludiendo a reportes como los de Xabier Barrutia, Patxi Zabalo y Teresa Forcades i Vila, nos denotan que las empresas farmacéuticas gastan más en marketing para promocionar sus medicamentos que en la tan afamada Investigación y Desarrollo para la nueva generación de medicamentos a la que aluden. De igual manera, en ese capítulo se dejó constatado con cifras, que las cantidades que se invierten en I+D son muy menores en comparación con las ganancias anuales que obtienen de la venta de medicamentos¹⁸.

Además, otro de los grandes temores de las empresas farmacéuticas con la ley de Sudáfrica es que al permitirle a un país en desarrollo alegar a las flexibilidades que reconoce el ADPIC, esto traería como consecuencia sentar un precedente para que se generalizara, trayendo consigo la posibilidad de que otros países en desarrollo alegaran los mismos derechos y más aún que ciudadanos de países como Estados Unidos o de bloques como la Unión Europea, que son dos de los mayores mercados en consumo y venta de antirretrovirales, quisieran se les hiciera extensivas esas mismas prerrogativas. Al final, sería algo inconveniente para esta industria, debido a que reduciría su margen de ganancias.

De igual manera, uno de los puntos en los que más se basaron las farmacéuticas fue en fundamentar que la *Medicines and Related Substances Control Act* iba en contra de las

¹⁸ *Vid.*, Capítulo 2 de esta investigación, en especial el apartado 3.1.3. El gasto en investigación para nuevos medicamentos vs el gasto en marketing y la Tabla 3. Empresas farmacéuticas más importantes a nivel mundial 2013.

disposiciones del ADPIC, sin embargo, como quedó constatado en el capítulo anterior de esta investigación, el acuerdo prevé flexibilidades que dan la posibilidad de acceder a la creación de medicamentos genéricos, a saber, los artículos 30 y 31 hablan acerca de las circunstancias en las cuales los países podrán hacer uso de esas flexibilidades para proteger la salud de sus conciudadanos¹⁹.

Por su parte, autores como Kavaljit Singh mencionan que de hecho, varios países industrializados (por ejemplo, Japón, la Unión Europea, e incluso los Estados Unidos han recurrido a estas medidas) regularmente. De igual manera, él también señala que una de las grandes preocupaciones de esta industria aparte de la posible generalización de la exigencia en la baja de precios por otros países como Sudáfrica, es que también se hiciera general y extensiva esta situación del SIDA a otras enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardíacas, por mencionar algunas. Y esto no les convendría, pues tienen el temor de perder un gran volumen de ganancias en un futuro próximo (Singh, 2001, septiembre/octubre).

4.4. La presión de grupos de la sociedad civil y la solución de la controversia.

Posteriormente que se realizó la denuncia al gobierno de Sudáfrica, se llevó a cabo una ola de protestas en contra de las empresas farmacéuticas, especialmente por Organizaciones No Gubernamentales como Médicos Sin Fronteras, Oxfam y la Campaña para el Tratamiento en Acción Sudafricana (TAC), sobre todo porque consideraban que el acto que se había emprendido era injusto y que las empresas farmacéuticas a toda costa querían proteger sus intereses económicos expresados a través del sistema de patentes.

En ese sentido es importante resaltar el papel que han tomado este grupo de movimientos dentro del estudio de nuestra disciplina, pues al igual que las empresas transnacionales éstos interactúan a la par con los Estados en el orden internacional, se puede decir que a pesar de no poseer la fuerza como la del Estado, éstos hoy en día han cobrado trascendencia a nivel internacional y se pueden considerar como actor de las relaciones internacionales. En tal tenor, Echart nos dice:

¹⁹ *Vid.*, Artículo 31 de del Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio (ADPIC), en Capítulo 3 de esta investigación, Apartado 3.2.4. El tema de las licencias obligatorias en la creación de genéricos para combatir el VIH/SIDA.

La aparición de otro tipo de sujetos o fuerzas sociales, que rompen con el anterior esquema de actores internacionales. Estas nuevas fuerzas, a través de la creación de redes ciudadanas globales, juegan un papel central en los actuales procesos de cambio, abriendo importantes vías de debate en el seno de la sociedad internacional, sobre todo en cuanto a derechos humanos, medio ambiente, bienes públicos globales, desarrollo y participación se refiere. Se trata de los emergentes movimientos ciudadanos a escala mundial, englobados en el amplio movimiento que lucha contra la globalización neoliberal (Echart, 2008, pp. 25-26).

Al tratar de situarlos en el escenario internacional, los movimientos sociales podrían formar parte de las fuerzas transnacionales, que Marcel Merle define como “los movimientos y las corrientes de solidaridad de origen privado que tratan de establecerse a través de las fronteras y que tienden a hacer valer o imponer su punto de vista en el sistema internacional” (Merle, 1991, p. 411).

Es necesario decir que dentro de estas fuerzas de suma importancia también sobresalen las Organizaciones Internacionales No Gubernamentales, la cual es definida por Marcel Merle como “todo grupo, asociación o movimiento constituido de forma duradera por particulares pertenecientes a diferentes países, con la finalidad de alcanzar objetivos no lucrativos” (Merle; citado en Calduch, 1991, p. 1).

Como podemos darnos cuenta, este tipo de movimientos pueden llegar a tener influencia en la toma de decisiones a nivel internacional. En el caso que abordamos, podemos darnos cuenta que la sociedad civil internacional logró ejercer influencia para echar atrás una demanda por parte de un grupo de origen privado hacia un Estado-nación.

Para Merle “El impacto de esta opinión sobre el comportamiento de aquellos que toman las decisiones dependerá, en consecuencia, de la fuerza respectiva de las corrientes en presencia y de las relaciones que se establezcan entre cada una de ellas”, aunque sí es el medio del que podría surgir una conciencia colectiva, con incidencia real, si consiguen sobrellevar algunos problemas que existen entre ellos mismos²⁰” (Merle, 1991, p. 468).

²⁰ A saber: a) la diversidad de causas por las que se moviliza (ya se ha visto que han conseguido unirse en torno a algunas causas principales); b) la desviación de las campañas hacia fines de política interna (problema que podría solucionarse incidiendo en la conexión “glocal”³, es decir, entre lo local y lo global, en el sentido

Frente a los Estados, estos militantes buscan la creación de redes de solidaridad internacional, bien revolucionarias, bien de presión para la transformación (es decir, para la emancipación), pero están lejos de llegar a la creación de una conciencia global (aunque hoy tal vez el “otro mundo es posible” haya conseguido un número importante de adeptos), por lo que sigue considerando a la opinión pública como “una fuerza ocasional; por ahora, no puede ser considerada como un actor autónomo de las relaciones internacionales” (Merle, 1991: 468). Si bien concuerdo con la idea de Merle de que estos movimientos aún son débiles, creo que han tenido avances y queda un largo camino por recorrer, pero no queda duda que han cobrado importancia y desde mi punto de vista pueden influir en el cambio de toma de decisiones a nivel mundial²¹.

En ese sentido otro concepto de importancia es el de emancipación que nos da la teoría crítica, de la mano de Robert Cox (1996), pues otorga también gran importancia a la influencia de las fuerzas sociales en los procesos de cambio históricos que afectan a las formas de Estado y al propio orden mundial. Tiene como objetivo último construir un proyecto emancipador de transformación del orden mundial, optando por un enfoque sociohistórico, y con influencias tanto del marxismo como de las diversas teorías surgidas en los años ochenta.

Este autor ofrece como método de análisis las estructuras históricas, como configuración de tres fuerzas: las capacidades materiales, las ideas (como significados intersubjetivos e imágenes colectivas) y las instituciones (como estabilización y perpetuación de un orden determinado, reflejan las relaciones de poder establecidas, y potencian imágenes colectivas acordes con esa estructura de poder, para legitimarlo). Las fases históricas sucesivas se producen a través de procesos de contradicción que se dan en una estructura, cuando surgen problemas a los que no se puede dar respuesta desde ésta, y

de que entienden que gran parte de los problemas locales son consecuencia de políticas globales); y c) las diferentes concepciones de un mismo problema (hoy la sociedad de la información y la conexión en red ayuda al intercambio de puntos de vista sobre los problemas o conflictos, ayudando a una mejor comprensión mutua).

²¹ Para mayor información consultar la parte de anexos que habla acerca de la importancia de la sociedad civil.

que crean la oportunidad para transformarla en otra nueva; es el proceso de cambio histórico (Echart, 2008, p. 37).

Continuando con el tema que corresponde, una de las acciones más renombradas fue la llevada a cabo por “La Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC)²², una Organización de la Sociedad Civil Sudafricana que trabaja con, por y para las personas que viven con SIDA” (Globaltreatmentaccess.org, 2001, 1 de febrero), la cual apeló al Alto Tribunal de Pretoria y recibió una licencia para presentar informes como *amicus curiae*²³ (Encyclopædia Britannica, 2015). Como consecuencia a esta presión por parte de la sociedad civil internacional, la coalición de empresas se vieron en la necesidad de retirar la demanda en contra del gobierno sudafricano en abril de 2001, ya que su imagen y credibilidad quedaron dañadas, y también temían que se diera una orden judicial para que revelaran los verdaderos costos del gasto en investigación y desarrollo que llevan a cabo para la creación de nuevos medicamentos, cosa que se ve difícil estarían dispuestas a hacer. Por su parte, el gobierno sudafricano reiteró su compromiso con los derechos de propiedad intelectual y que su nueva ley sería ajustada a las necesidades estipuladas en los ADPIC.

²² TAC es una asociación de la sociedad civil, creada el 10 de diciembre de 1997, el día que se celebra el día internacional de los derechos humanos. Zackie Achmat y otros diez activistas se unieron para fundar la agrupación después de que Simon Nkoli, defensor de los movimiento gay y opositor al apartheid, murió de SIDA a pesar de la disponibilidad de terapias antirretrovirales de alta efectividad, a las que sólo los sudafricanos adinerados tenían acceso. Poco después, tras el asesinato del activista VIH-positivo Gugu Dlamini, los miembros del grupo comenzaron, independientemente de su diagnóstico, a usar camisetas con la leyenda "HIV Positive". Esta estrategia estuvo inspirada por la leyenda apócrifa del rey danés que usaba la estrella amarilla que identificaba a los judíos durante la ocupación nazi. Achmat ganó renombre por su voto de no tomar medicamentos antirretrovirales hasta que todos los sudafricanos tuvieran acceso a ellos. Pronto TAC ganó más miembros, la mayor parte de ellos pobres y de raza negra, y se convirtió en un grupo mucho más amplio, con sedes en muchas regiones del país. El grupo hace campaña por un mayor acceso para todos los sudafricanos a los tratamientos. TAC es independiente del gobierno y de la industria farmacéutica. Los principales objetivos originales de la TAC fueron hacer campaña para el acceso equitativo y asequible a tratamiento antirretroviral (ARV) para las personas que viven con el VIH/SIDA, para evitar nuevas infecciones por el VIH, para promover el cuidado de salud de calidad y hacer campaña para un sistema de salud que ofrezca igualdad de tratamiento para todas las personas en Sudáfrica. Para educar y formar a las personas sobre el VIH/SIDA, especialmente las personas que portan el VIH/SIDA a vivir vidas más saludables y para aumentar la conciencia sobre el marco institucional y jurídico necesario para garantizar que tales objetivos se cumplan.

²³ La *amicus curiae*, expresión latina que literalmente se traduce como “amigo de la corte”, es una institución derivada del derecho romano utilizada principalmente en el derecho anglosajón. Su objetivo es abrir la posibilidad a terceros que no son parte de un litigio, pero que poseen un interés demostrable y justificado en la resolución de éste, a promover voluntariamente una presentación que contiene una opinión técnica mediante la cual aportan elementos que pueden resultar jurídicamente trascendentes al momento de que el juzgador resuelva sobre la materia del litigio.

Así por ejemplo, Andile Mngxitama nos menciona:

La Asociación Sudafricana de Fabricantes Farmacéuticos y 39 empresas farmacéuticas internacionales demandaron al gobierno sudafricano en abril de 2001 con el intento de impedir la adopción de la Ley de Enmienda de Control de Medicinas y Sustancias Derivadas que, según la industria, habilitaría la infracción de patentes y derechos de propiedad intelectual, como están definidas en el TRIPS de la ronda Uruguay. Con el apoyo de TAC, el principal sindicato obrero del país, COSATU, y varios actores más, el gobierno sostuvo que la epidemia de SIDA representaba una situación de emergencia que exigía al Estado habilitar la producción de fármacos genéricos y la importación de medicinas más baratas de otros países. La industria abandonó la demanda luego de llegar a un acuerdo de transacción con el gobierno según el cual éste las consultaría para aplicar la ley. Al mes siguiente la gigante farmacéutica multinacional Glaxo entregó sus derechos a los medicamentos contra el SIDA (AZT, 3TC y Combivir) a un productor genérico sudafricano. Aunque esta victoria debería haber reforzado la capacidad del Estado para extender el tratamiento antirretroviral a grupos vulnerables en el corto plazo, el gobierno demostró menos interés en traducir la victoria jurídica a una campaña de tratamiento más amplia que en luchar por el derecho a no proporcionar el tratamiento (Mngxitama, 2002).

En ese sentido, Kavaljit Singh nos menciona que la industria farmacéutica transnacional levantó el juicio sin imponer condiciones pero no fue por un cambio en su posición ni mucho menos por altruismo hacia los ciudadanos sudafricanos pobres y enfermos de SIDA, sino más bien a causa de la campaña emprendida por numerosos activistas de la salud, entre los cuales estuvieron Médicos Sin Fronteras y TAC, mencionada en líneas anteriores y un grupo sudafricano fundado por Zackie Achmat, quien es seropositivo. Los activistas de la salud lograron difundir en todo el mundo el mensaje de que la industria farmacéutica antepone sus beneficios a la vida de las personas y cuáles son los mecanismos para bloquear los intentos de los países pobres para conseguir medicamentos accesibles para sus enfermos (Singh, 2001, septiembre/octubre). Podemos ver que si bien este movimiento comenzó siendo local, permeó a nivel internacional.

La campaña fue tan eficaz que se unieron todo tipo de personas e incluso participaron en la protesta universidades estadounidenses, muchas de las cuales son propietarias de las patentes. Así, la industria farmacéutica se vio en serias dificultades, para ello, alegaron que el hecho de levantar la demanda contra Sudáfrica, lo único que provocaría es que las

empresas se fueran de Sudáfrica y esto empeoraría la situación económica del país. Evidentemente, este argumento sólo era para poner la balanza a su favor, ya que dicha campaña las puso bajo una presión tremenda.

Es importante señalar que la negociación entre el gobierno sudafricano y las farmacéuticas para llegar a un acuerdo amistoso fue de más de 24 horas. Por su parte, Kevin Watkins, de la ONG Oxfam, afirmó que la presión pública ha hecho que la industria farmacéutica tenga que llegar a un acuerdo con el gobierno sudafricano.

En ese sentido también es importante añadir que a la par que esto sucedía, dio inicio a una campaña activista de oposición a la amenaza de sanciones de Estados Unidos contra Sudáfrica. Podría decirse que estos colectivos esfuerzos se reunieron con algún éxito, particularmente en relación con el notable cambio de política que surgió en los Estados Unidos durante el año 2000.

Así por ejemplo, Maharaj y Roberts nos dicen que, además del inicio de una sesión especial del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que declaró la pandemia del SIDA una amenaza para la seguridad mundial, el Presidente Clinton emitió una orden ejecutiva declarando que Estados Unidos no iba a seguir persiguiendo su amenaza de sanciones contra los países africanos que tratan de acceder a fármacos contra el SIDA a un precio más barato. El énfasis cambió a asegurar que, dentro de los parámetros del Acuerdo sobre los ADPIC, los medicamentos relacionados con el SIDA y las tecnologías médicas se hacen más accesibles y asequibles en África Subsahariana (Maharaj y Roberts, 2006, citado en Grown, et al., 2006, p. 222).

Se debe decir que posteriormente a ello, TAC se tuvo que enfrentar a problemas con el gobierno del Congreso Nacional Africano (ANC). Como lo asevera una publicación de la Fundación Intermón Oxfam:

A pesar de su victoria en los tribunales, algunas personas en el gobierno, especialmente el presidente Thabo Mbeki, continuaron cuestionando la relación entre el VIH y el SIDA. Las declaraciones políticas confusas, combinadas con una lenta aplicación sobre el terreno,

minimizaron lo que parecían buenos planes para distribuir los ARV en las clínicas sanitarias públicas. En ese mismo sentido, la campaña de TAC recurrió regularmente a procedimientos legales y consiguió un gran efecto, pues obtuvo una serie de victorias en los tribunales sobre el acceso al tratamiento basado en la constitución de 1994, que ampara el derecho humano a la asistencia sanitaria... TAC demostró su astucia al formar amplias alianzas tanto dentro como fuera del gobierno y a nivel local, nacional e internacional. La campaña mostró una increíble tolerancia por las diferencias, incluso trabajando con la Iglesia católica a pesar de su falta de acuerdo sobre el uso de los preservativos. La lucha con el gobierno en turno continuó y no fue hasta 2006 con el cambio de política que este panorama empezó a cambiar. La campaña sobre el sida ha tenido mucho más éxito que sus homólogos en la consecución del cambio (Green, p. 284-285).

De igual manera, en 2000, la Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC), inició una campaña de desafío e importó medicamentos genéricos contra el VIH de Brasil y Tailandia, en violación de la ley de patentes de Sudáfrica mediante la importación de medicamentos genéricos, se creó la competencia del mercado de los ARV (antirretrovirales), el cual ha aumentado la disponibilidad y, según algunos informes, ha bajado el costo de los medicamentos antirretrovirales (Gupta, 2003; Pollack, 2003, pp. 92-159).

Actualmente TAC se mantiene activa como uno de los grupos defensores de los derechos de los seropositivos, asimismo como una de las organizaciones de la sociedad civil más importantes y activas sobre el VIH/SIDA en el mundo en desarrollo. Así por ejemplo, en 2006 *The New York Times* la denominó como “el grupo de SIDA más efectivo del mundo”. De igual manera, el director fundador de ONUSIDA, el Dr. Peter Piot, escribió que “TAC era en su opinión, es el grupo activista más inteligente de todos, en todo el mundo”. En el 2007, en gran parte debido a la presión de la TAC, el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH, infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis 2007-2011 fue aprobado por el Parlamento (TAC, 2015).

En la página de la TAC se menciona que:

Hoy la TAC sigue representando los usuarios del sistema de salud pública en Sudáfrica, y para hacer campaña y litigar en cuestiones críticas relacionadas con la calidad y el acceso a la

asistencia sanitaria. La organización cuenta actualmente con más de 8.000 miembros y una red de 182 sucursales y oficinas provinciales en siete de las nueve provincias de Sudáfrica... Además de las grandes campañas nacionales, el activismo local de los miembros de la TAC es la verdadera sangre vital de la organización. Mediante la organización a nivel local, nuestros miembros demandan servicios de salud de rendición de cuentas y de calidad, donde los servicios son efectivamente entregados (TAC, 2015).

Tal como lo mencionó en su momento Ellen't Hoen, coordinadora del Proyecto de Acceso de Medicamentos Esenciales de Médicos Sin Fronteras: “Este caso ha generado fuertes lazos de solidaridad entre personas alrededor de todo el mundo, porque ha puesto en evidencia hasta dónde puede llegar la industria farmacéutica para proteger sus patentes, independientemente de los inmensos costos humanos” (Espinel, 2004, 1 de agosto).

Como podemos darnos cuenta, este caso dejó en evidencia los verdaderos intereses de las empresas farmacéuticas en cuanto al sistema de patentes, además de que fue un duro golpe para su imagen y sobre todo, temían que al haber un pronunciamiento a favor del gobierno sudafricano, resultara que en otros países se diera la existencia de leyes parecidas a la emprendida por Sudáfrica, dejando en desequilibrio las ganancias que obtienen alrededor del mundo por la compra de medicamentos, causándoles una quiebra económica.

Finalmente, podemos decir que el caso de las grandes multinacionales farmacéuticas contra el gobierno de Sudáfrica (plantado en 1998 con el apoyo de EEUU, que se retiró en 2000, y proseguida en los tribunales de aquel país hasta abril de 2001) tuvo mucho eco mediático en los países del Norte, puesto que estaba en juego intereses económicos substanciales.

Como se puede apreciar, en este caso, los países en desarrollo ven en las importaciones paralelas como en las licencias obligatorias una herramienta para reducir los precios de las medicinas, ya que consideran que las patentes son uno de los grandes problemas para poder acceder a medicamentos esenciales. Por otra parte, las empresas farmacéuticas se resisten a todo tipo de legislación local que ponga en peligro el poder de las patentes, ya que su temor es no poder recuperar su inversión en I+D y con ello crear

nuevos y mejores medicamentos para combatir el VIH/SIDA, además de perder mercado frente a la competencia de los medicamentos genéricos.

A su vez, esta controversia en materia de patentes, dejó en evidencia la tensión entre patentes, protección de los productos farmacéuticos y los problemas de salud, apelando a la conciencia pública, provocando un serio debate global sobre lo que debería estar permitido y prohibido en los Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio (ADPIC), tomando en cuenta ambas demandas, a saber, preservar los incentivos para las inversiones en investigación y desarrollo de productos y también permitir a los países la flexibilidad para responder a las crisis de salud pública a los que se enfrenten.

En ese sentido, una disposición en la intersección entre las importaciones paralelas y las licencias obligatorias obtuvo una gran cantidad de atención. Así, podemos aludir al Artículo 31 (f) de los ADPIC, el cual menciona que el uso de una patente para que una licencia obligatoria se conceda debe ser predominantemente para el abastecimiento del mercado interno.

En la práctica, esto significa que si un país concede una licencia obligatoria para un producto farmacéutico patentado sin la autorización del titular de la patente, los medicamentos fabricados bajo esta licencia obligatoria no pueden ser exportados a otro país. El resultado es que los países en desarrollo (la mayoría de los cuales no tienen la capacidad de fabricación) no pueden beneficiarse de las licencias obligatorias permitidas en virtud de los ADPIC, porque no pueden fabricar los productos farmacéuticos ellos mismos y porque no pueden importar productos farmacéuticos fabricados en el extranjero en virtud de una licencia obligatoria, ya que ésta puede ser bloqueada.

Esta regla puede llegar a ser más importante en los países en desarrollo con más capacidad de fabricación, ya que proporcionarían la protección de patentes para los productos farmacéuticos de conformidad con las disposiciones transitorias impuestas por los ADPIC.

Esta situación nos muestra que los países en desarrollo, al final están atados a este tipo de condiciones y que dichas flexibilidades no se pueden aprovechar al 100%, debido a su poca infraestructura y a su poco poder de creación de medicamentos genéricos. De igual manera, las importaciones paralelas, si bien están permitidas, tienen restricciones y el país de origen de la empresa farmacéutica puede bloquear esa iniciativa si así lo considera pertinente.

Un punto que es importante resaltar es que después de este conflicto de patentes, el tema fue retomado como parte esencial en la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, en Doha, Qatar en noviembre de 2001. Esta conferencia es importante, ya que al finalizar, los Estados miembros de la OMC adoptaron la Declaración relativa al Acuerdos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio y la Salud Pública (Declaración de Doha). En ese sentido, Fisher y Rigamonti nos señalan:

Que reconociendo la gravedad de los problemas de salud pública que enfrentan los países en desarrollo y teniendo en cuenta tanto la importancia de la propiedad intelectual para la creación de nuevos medicamentos y lo concerniente acerca de los efectos de los precios de los medicamentos. Muchos factores hicieron posible que se llevara a cabo esta Declaración, pero algunos comentaristas aluden usualmente a tres factores. Primero, los países en desarrollo estuvieron unidos y actuaron como un grupo. En segundo lugar, los puntos de vista tradicionales adoptados por los Estados Unidos y otros países occidentales no eran fáciles de mantener dada la reacción tanto de Canadá como los Estados Unidos ante la posible escasez de ciprofloxacina (Cipro) durante el susto del ántrax. Ambos países apresuraron a expresar su disposición para anular las patentes de Cipro en poder de Bayer (empresa farmacéutica alemana) si la situación no podría ser resuelta a su satisfacción -un movimiento oposición de PhRMA-. En tercer lugar, un gran número de activistas del SIDA y Organizaciones No Gubernamentales se aseguraron de que el tema recibiera una gran cantidad de publicidad. La versión final de la Declaración de Doha fue finalmente negociada entre Brasil y Estados Unidos (Fisher y Rigamonti, 2005, 10 de febrero).

Como podemos ver, la importancia de esta Declaración radica en el esfuerzo que llevaron a cabo los países en desarrollo por propugnar por una conciliación entre el Acuerdo sobre los ADPIC con los esfuerzos de los Estados miembros de la OMC para proteger la salud pública reafirmando su derecho a utilizar las disposiciones del Acuerdo

sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad²⁴ a este efecto, es decir, tratar que el Acuerdo sobre los ADPIC se aplique e interprete de manera que proteja la salud pública, impulsando tanto el acceso a los medicamentos existentes como la creación de nuevos medicamentos.

Asimismo, que permita a los países en vías en desarrollo el uso de las flexibilidades que prevén los ADPIC en materia de acceso a medicamentos esenciales, a saber, las licencias obligatorias y las importaciones paralelas, esto con la finalidad de que el acuerdo no impida que los Estados miembros aprueben medidas para proteger la salud pública de sus conciudadanos. Las prerrogativas instituidas por el acuerdo del 2003 sólo eran temporales. Sin embargo, en el 2005 se consiguió que dichas decisiones se transformaran en una enmienda inquebrantable del acuerdo sobre los ADPIC aunque esto sólo entraría en vigor cuando dos tercios de los miembros de la OMC la acepten. Al final esto es un gran avance, todo ello, tomando en cuenta el poder que tienen hoy en día las empresas farmacéuticas.

En ese sentido, también es de vital importancia resaltar que a raíz de lo ocurrido con Sudáfrica en el tema de patentes y acceso a medicamentos, dio origen a una mayor cooperación Sur-Sur referente al tema de la salud. Como parte de ello, en 2003 se formó el Foro trilateral IBSA. Tal como lo menciona Clarisa Giaccaglia:

Es importante señalar que el mismo año en el que comenzaron estos avances (refiriéndose a lo logrado en Doha) es decir en el 2003, los gobiernos de India, Brasil y Sudáfrica decidieron crear la alianza trilateral IBSA. El surgimiento de esta asociación resulta de gran importancia, debido a que los tres países unieron sus esfuerzos políticos, que hasta el momento venían desarrollando a título individual, a fin de potenciar las iniciativas tendientes a establecer nuevos patrones en la gobernabilidad mundial en materia de salud.

Las constantes y sucesivas apelaciones realizadas por el grupo IBSA, en pos del tema de la salud, fueron decisivas para la transformación de las decisiones consensuadas en una enmienda obligatoria del acuerdo sobre los ADPIC (Giaccaglia, 2010, enero/junio).

²⁴ En ese sentido, la Declaración de Doha contempla esas flexibilidades en los Artículos 4 y 5. En éste último, hace referencia a que cada Miembro de la OMC tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre la cual se conceden tales licencias, tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia (la crisis del VIH / SIDA se reconoce explícitamente como un caso de emergencia o de urgencia), y que es libre de establecer su propio régimen de agotamiento de patente sin desafío y por lo tanto, libre para permitir las importaciones paralelas.

Como se puede observar, este foro surgió de la necesidad de una mayor cooperación entre países de economías en desarrollo con fines y objetivos parecidos. Por su parte, Sarah-Lea John de Sousa nos menciona que este Foro nace a raíz de que:

En enero de 2003, Thabo Mbeki, el presidente sudafricano, propuso una alianza con Brasil e India para aumentar el impacto de los tres poderes emergentes en el escenario global y fomentar la cooperación trilateral. Después de varias reuniones informales de los jefes de gobierno durante la Cumbre del G8 en Evian en Junio de 2003, los ministros de asuntos exteriores de India, Brasil y Sudáfrica formalizaron el “Foro de Diálogo IBSA” a través de la Declaración de Brasilia. Desde entonces, los tres países suscribieron en reuniones anuales varios acuerdos para la cooperación sectorial y global (John de Sousa, 2007, abril).

En ese sentido, concuerdo con la idea John de Sousa al decir que este foro de diálogo es una alianza de países con visiones globales similares que comparten intereses, valores, capacidades y necesidades afines. Aunque los tres países tengan claramente un punto de partida común, sería equivocado considerar el foro IBSA como un acuerdo entre iguales, ya que los tres tienen características económicas y de desarrollo diferentes.

Pero más allá de esa desigualdad entre los países que conforman este foro, lo que es importante es que esto sienta un precedente importante, ya que trabajan en conjunto para obtener avances en políticas a favor de temas que consideran primordiales. Y aunque una de ellas, es la de promover la cooperación en comercio, inversión y diplomacia económica entre tres de los principales polos políticos y económicos de los países en vías de desarrollo, no sólo se limita a ello, pues de igual manera, trabajan en conjunto para promover avances en temas sociales, tales como luchar contra amenazas como el SIDA y el terrorismo, la lucha contra el hambre y la pobreza, promover la seguridad alimenticia, empleo, educación, protección del medio ambiente, derechos humanos, entre otros.

Este foro pugna por un sistema internacional más justo, basado en valores comunes y sobre todo apegado al cumplimiento del Derecho Internacional. Asimismo, promueve una globalización con un rostro más humano, más equitativa, donde las cuestiones de corte social sean piezas angulares, regidas por la inclusión y la igualdad.

En el caso del tema sanitario, dichos países conformaron en 2004 una Comisión Trilateral, conformada por los Ministros de Relaciones Exteriores de cada país, su tarea principal estuvo encaminada a dar seguimiento a los objetivos específicos de IBSA. De igual manera, la Comisión llevó a cabo la creación de grupos de trabajo, donde se trataron temas de suma importancia, entre los que resaltó el tema sanitario y de la salud.

Los tres países han tenido destacada participación en organizaciones internacionales y en foros de negociación importantes a nivel global, a saber, Naciones Unidas y en la Organización Mundial del Comercio, en esta última a raíz de fracaso de la Ronda de Doha en 2001, Brasil e India forman parte del nuevo grupo negociador interno de la OMC donde también se reúnen EE.UU., la UE, Australia y Japón. En ese sentido, este grupo es significativo, ya que los países en desarrollo tienen una representación importante y se puede escuchar su voz y sus demandas a través de India y Brasil.

Tal como nos lo menciona Sarah-Lea John de Sousa:

Los países en desarrollo están representados en este grupo por India y Brasil. El pasado 4 de marzo, India, Brasil la UE y EE.UU. se reunieron en Londres para continuar las negociaciones sobre el comercio de agricultura, servicios y bienes industriales. Una historia particular de éxito para India, Brasil y Sudáfrica fueron las negociaciones para el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Con el apoyo de muchos países en desarrollo, consiguieron reducir los efectos negativos del ADPIC, al impedir que se crearan más patentes que hubieran aumentado mucho el coste de medicamentos contra el VIH/SIDA en países en desarrollo, particularmente en África. Los gobiernos tienen ahora la posibilidad de conseguir licencias para la producción de medicamentos para el mercado doméstico sin necesidad de consultar al “dueño de la patente”. Además de este importante logro, los países pueden desde 2003 exportar sus medicamentos genéricos locales a otros países que sufren crisis humanitarias como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. Aunque la colaboración del IBSA en el marco de la OMC deba solventar varios problemas, los tres países pueden contar con logros puntuales importantes (John de Sousa, 2007, abril).

Así, podemos ver que el trabajo conjunto de estos tres países en el tema relativo a la salud y de la propiedad intelectual en el marco de la OMC fue un rotundo éxito, ya que

encaminaron esfuerzos junto con otros países en desarrollo para que se respetaran los temas de controversia que el mismo ADPIC permite (las licencias obligatorias e importaciones paralelas). Gracias al trabajo de estos países se logró que las licencias obligatorias se lleven a cabo sin la necesidad de consultarlo a las empresas dueñas de la patente.

Asimismo, otro de los grandes logros es que a partir de 2003, los países que llevan a cabo la creación de medicamentos genéricos puedan exportarlos a un tercer país que tiene o sufre de una crisis humanitaria (entre ellas incluida la crisis del VIH/SIDA y otras enfermedades como la malaria y el paludismo). Esto al final, es un éxito, si tomamos en cuenta que en el caso de la demanda contra el gobierno sudafricano uno de los puntos a los que las empresas se opusieron rotundamente fue en la emisión de LO y a las importaciones paralelas, alegando precisamente la inviolabilidad en contra del ADPIC.

A tal respecto Jerónimo Delgado Caicedo, nos dice que, IBSA, a su vez, se ha consolidado como una estrategia efectiva de *soft-balancing* en las instituciones internacionales y ha permitido que países africanos se “adhieran” a las decisiones contrarias al Norte que buscan defender sus intereses sin que existan grandes represalias al respecto. El caso del acceso a los medicamentos genéricos es el mejor ejemplo de esto (Delgado, 2012, 1 de noviembre).

Las reuniones de este grupo han sido varias, y su papel en cuanto a asegurar medicamentos a bajo costo ha sido uno de los temas más importantes. Así por ejemplo, en su Primer Encuentro Cumbre realizado en Brasilia en septiembre de 2006, los jefes de Estado y de gobierno remarcaron que la cooperación de estos tres países reforzaba las posturas de los países en desarrollo y contribuía en las decisiones globales que impactan en sus respectivas poblaciones (Giaccaglia, 2010, enero/junio).

En ese sentido, temas como el acceso a medicamentos, entre ellos a vacunas y a tratamientos para tratar enfermedades infecciosas son uno de sus principales ejes de trabajo, además de que se basan en la reafirmación de lo dispuesto en la Declaración de Doha, en lo

referente a las flexibilidades en materia de derechos de propiedad intelectual que esta declaración reconoce, con la finalidad de lograr una protección de la salud pública.

Por su parte, en su Tercer Encuentro Cumbre en octubre de 2008, los líderes de los tres países reiteraron su compromiso de promover "un régimen internacional de propiedad intelectual equilibrado y hacer una contribución significativa al progreso económico y social de los países en desarrollo, lo que garantiza el acceso al conocimiento y la atención sanitaria" (IBSA, 2008).

El camino por recorrer aún es largo y complejo, sin embargo, las iniciativas por parte de los países en desarrollo, por lograr un mundo más equitativo en cuanto al acceso libre de medicamentos, sin que interfieran otros agentes y como determinación basada en una lógica de interés nacional, se ve reflejado en este tipo de acciones y en la formación de bloques de cooperación Sur-Sur, tal es el caso del Foro trilateral IBSA.

Conclusiones.

A lo largo de esta investigación se trató de dar a conocer un tema que en el estudio de las Relaciones Internacionales juega un papel muy importante, debido a que en un mundo donde premian las cuestiones económicas derivadas del auge de la globalización, a veces se olvida que uno de los temas de relevancia también es la sociedad. En ese sentido, uno de los puntos que afectan a la sociedad internacional es la vulnerabilidad ante cuestiones sanitarias y donde el papel del VIH/SIDA se ha convertido en una crisis que algunos de los países en desarrollo, en específico de África Subsahariana se han visto en condiciones complejas para combatirlo.

Sin duda, África Subsahariana es la región del mundo más azotada por el VIH/SIDA, tal cual se denotó aludiendo a cifras de organismos internacionales como la OMS y la ONU. En ese orden, Sudáfrica es uno de los países que más presentan casos de contagios en dicha región, de ahí la importancia de tomar a esta zona como referente.

Parte del problema de este combate en África Subsahariana se debe a múltiples factores, sobre todo, esta investigación pudo denotar que la variedad de problemas a los que se enfrentan los países de esta región para combatir el VIH/SIDA van desde los económicos, políticos y sociales, a saber, el desconocimiento de la enfermedad y la pobreza, así como también las prácticas de riesgo como lo es la prohibición del uso de anticonceptivos, la prostitución que se presenta en algunas zonas y que es una fuente de ingreso para algunas personas, las prácticas culturales que aún están arraigadas en la sociedad, por ejemplo, la poligamia, la ablación y circuncisión bajo condiciones insalubres como parte de ritos de iniciación, así como los tabúes y el estigma que prevalecen en la sociedad africana, complican la realidad de la enfermedad en la zona.

El VIH/SIDA en África se ha agravado en los últimos años, sobre todo porque las acciones emprendidas para contrarrestar la enfermedad fueron tardías y también debido a los males que aquejan a esa región del mundo, por ejemplo, la corrupción, los problemas sociales como la pobreza y la falta de infraestructura sanitaria, así como también el oleaje de guerras civiles, la expoliación e inclusive las prácticas culturales y sociales han

impedido que se lleven a cabo programas de prevención. Así, la realidad de los países de África Subsahariana es difícil para lograr el combate a la enfermedad, ya que los gobiernos no pueden hacer frente a los retos que plantea la epidemia del VIH/SIDA, debido a que no cuentan con inversión nueva y constante en recursos humanos e instalaciones. Entre las personas más vulnerables figuran las que carecen de medios económicos, que no pueden pagarse el tratamiento o el transporte hasta los centros donde se provee.

No queda duda que las empresas farmacéuticas están catalogadas dentro del rubro de las empresas transnacionales y su actuar denota que son entes encaminados a obtener la máxima ganancia. Sin embargo y ante todo, dichas empresas deberían tener un trato especial en el tema de los derechos humanos, ya que su principal actividad tiene que ver con la salud de los seres humanos, además de que un punto clave y controversial en materia de acceso de medicamentos lo han sido las patentes.

Como bien lo menciona Justice C. Nwobike: el actuar de estas empresas tienen consecuencias diferentes en materia de Derechos Humanos con respecto a otras empresas, ya que estamos hablando de la vida de personas. Nos dice que la violación de derechos humanos que llevan a cabo por ejemplo, empresas de extracción, no tienen relación con el tema de la propiedad intelectual, el cual en el caso de las empresas farmacéuticas es latente con respecto al acceso a los medicamentos, ya que éstos repercuten en la mejora de la salud de las personas.

También es cierto que las empresas farmacéuticas no son “instituciones de caridad”, sin embargo, considero que tampoco son empresas que apelando al interés económico deben pasar por alto un tema que es de suma importancia para el logro del desarrollo humano: la salud. Deben admitir que tienen cierta responsabilidad en el respeto de los derechos fundamentales y del derecho internacional vinculante como es el caso del acceso a los medicamentos, ya que como mencionamos en el desarrollo de este trabajo, es una cuestión legal, que al igual que la propiedad intelectual, está fundamentada y en ambos temas existen instrumentos jurídicos que los avalan como tal. En el caso de la salud, como ya hemos recalcado, ésta es parte de un derecho fundamental y que además posee las cuatro

características de un derecho humano: ser inapelable, inadmisible, indivisible e intransferible.

El sistema de patentes en este sentido, es benéfico para las empresas farmacéuticas, ya que les otorga la patente por un periodo de 20 años, tiempo en el cual no sólo obtienen su inversión en I+D para la creación de nuevos medicamentos, sino que logran cuantiosas ganancias, ya que al final, esto da pie a la formación de un monopolio de los medicamentos. A su vez, esto deja en desventaja a los países en desarrollo como los africanos, para muchos de los cuales los antirretrovirales poseen un alto costo y se tornan inaccesibles a sus bolsillos. Los resultados como bien hemos visto han sido abrumadores, ya que la epidemia no se ha podido controlar y como se dejó fundamentado, África es la región del mundo donde el VIH/SIDA ha cobrado más vidas.

En efecto, el panorama parece ser desalentador, sin embargo, es un tema que atañe a varios actores de la sociedad internacional, a saber: gobiernos, empresas farmacéuticas, sociedad civil a través de las ONG, por mencionar algunos. En ese sentido, se debe decir que la flexibilidad de los Acuerdos de Propiedad Intelectual referentes al Comercio (ADPIC), debe ser respetada tanto por las empresas farmacéuticas como por los países que forman parte de este acuerdo, ya que como se mencionó, el ADPIC admite que se lleven a cabo las licencias obligatorias, a su vez, permite la creación nacional y/o compra de medicamentos genéricos a otros países, en específico cuando se trata de un problema de seguridad sanitaria, en este caso, la crisis del VIH/SIDA entra dentro de esta característica.

Se debe tomar en cuenta que los países en desarrollo al apelar a dichas cláusulas no están violando el acuerdo, ya que el mismo ADPIC lo admite y además se debe considerar que los países en vías de desarrollo, como el caso de los africanos, no cuentan con el poder adquisitivo para adquirir esos medicamentos, los cuales en muchas ocasiones hacen la diferencia para salvar vidas de personas que poseen el VIH/SIDA. Para ello, se deben buscar soluciones conjuntas, que no afecten a ninguna de las dos partes y que a su vez, no violen de ninguna manera los derechos humanos fundamentales.

En ese sentido, vital importancia tiene la creación de medicamentos genéricos, sin embargo, como lo dejamos evidenciado, es uno de los temas a los que se oponen rotundamente las empresas farmacéuticas, debido a que su gran temor es que se puedan convertir en una competencia de mercado para las mismas y con ello mermar su margen de ganancia, debido a ello han implementado acciones para bloquear las flexibilidades que contempla el ADPIC, tal como se denotó en esta investigación con el caso de Sudáfrica y la demanda emprendida por 39 empresas farmacéuticas en contra de dicho gobierno.

Por otra parte, una de las cosas que se observaron en este trabajo es que la cooperación entre países del Sur para el logro de resultados conjuntos en temas de salud es de suma importancia, trascendental papel juega el Foro Trilateral IBSA (India, Brasil y Sudáfrica), ya que la cooperación Sur-Sur puede verse reflejada en un éxito para el respeto de las flexibilidades de los acuerdos referentes a la propiedad intelectual. Asimismo, se considera que este tipo de cooperación debe ser reforzada para ganar camino frente a la oposición de las empresas farmacéuticas en la creación de medicamentos genéricos.

De igual manera, se debe decir que así como existen acuerdos de cooperación Sur-Sur en cuanto al tema de propiedad intelectual, también se están llevando acuerdos encabezados por países desarrollados para reforzar esta materia, ya que en los foros de cooperación multilateral bajo auspicios de la OMC es una de las temáticas a las que no se ha llegado a un acuerdo entre países desarrollados y subdesarrollados. Uno de ellos es el TPP (Acuerdo Estratégico Trans-Pacífico de Asociación Económica), el cual es un tratado de comercio multilateral, que trata temas de importancia como lo es la propiedad intelectual.

Si bien, Sudáfrica ni ningún país africano forma parte de él, se hace alusión a que este acuerdo se fortalece el tema de propiedad intelectual y uno de los puntos que resalta es que pretenderá ingresar medidas más rígidas sobre la protección de patentes haciendo más difícil el ingreso de genéricos al mercado, así como la propuesta de Estados Unidos de crear obligaciones para la protección de las tecnologías médicas, socavando los esfuerzos para crear, mantener o desarrollar garantías jurídicas para el acceso universal a la atención

médica. Por último, el documento argumenta que la propuesta de Estados Unidos omite las obligaciones de los socios comerciales de actuar conjuntamente para abordar los problemas de los países en desarrollo, como el apoyo a la financiación de los programas mundiales contra el SIDA, la realización de inversiones en la investigación médica prioritaria y el desarrollo a compartir el acceso a la investigación financiada por el gobierno. Al final esto denota cómo en los países desarrollados impera la necesidad de bloquear a toda costa las flexibilidades contempladas en el ADPIC en cuanto a la creación y/o importación de medicamentos genéricos.

En ese sentido, es importante decir que esta investigación ve como parte de las posibles soluciones a este problema apelar a una mayor cooperación entre los miembros de la sociedad internacional, ya que el acceso a medicamentos es un trabajo conjunto entre varios actores, a saber, gobiernos locales, instituciones como la OMS, Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a la salud, el sector productivo, los profesionales de la salud, los usuarios de la salud, etc. En tal logro, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA jugaría un papel central e inclusive se apuesta a la creación de un fondo de ese tipo pero de corte regional africano que esté financiado tanto por los países afectados, así como por la sociedad civil y el sector privado.

Asimismo, es importante decir que si bien, no se ha puesto en marcha una revisión del ADPIC, se apela (aunque ésta es una propuesta un tanto ambiciosa) que se lleve una revisión de tal tratado y de leyes y políticas que afectan el acceso libre de medicamentos y servicios médicos, dadas controversias que se han suscitado en materia de patentes, o en su defecto, que tanto las empresas farmacéuticas y los países desarrollados se aboquen al cumplimiento al pie de la letra de este acuerdo, en especial en lo que se refiere al tema de las flexibilidades (importaciones paralelas y licencias obligatorias), esto con la finalidad de hacer más accesibles los medicamentos en los países en desarrollo.

De igual manera, que las Declaraciones como las de Doha sean reconocidas como tal y sobre todo que se respete su contenido, ya que éste es uno de los grandes logros de los países en desarrollo en el tema del acceso a medicamentos, también se invita a los países en

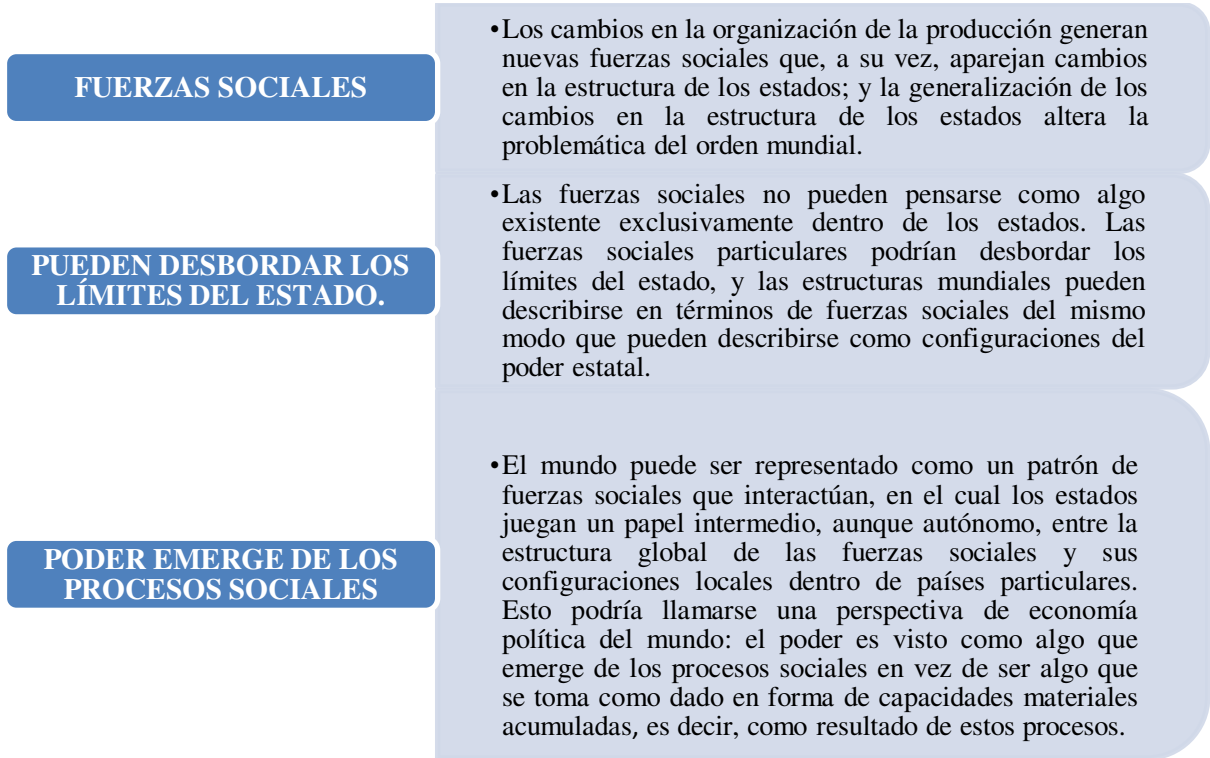
desarrollo a que los procesos de cooperación Sur-Sur se fortalezcan, ya que este tipo de foros de negociación son una plataforma para que se obtengan resultados en temas comunes como el de la salud, pues esto podría incentivar el intercambio de tecnología a favor del desarrollo de nuevos medicamentos en países del Sur.

Otra de las sugerencias y que se considera es una de las de mayor importancia es convidar a los países en vías de desarrollo a evitar la firma de acuerdos bilaterales o multilaterales que forman parte del ADPIC-Plus, como el caso del TPP, ya que esto puede afectar a la creación de medicamentos genéricos y echar atrás los logros que han tenido países como India, Brasil y Sudáfrica en este tema. Asimismo, se considera que el VIH/SIDA es un tema que tiene que ser contemplado como una prioridad clave en el programa nacional, continental y mundial después de 2015.

Finalmente, no se debe olvidar que el tema del acceso libre a medicamentos y el derecho a la salud son considerados derechos fundamentales y que a su vez, el tema del VIH/SIDA es parte de uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio y que hay toda una legislación internacional que avala estos temas como prioritarios, es por ello que al ir en contra o imponer restricciones al logro de los mismos, la sociedad internacional entraría en una contradicción con el objetivo de hacer valer y respetar la dignidad humana misma.

Anexos.

I. Marco teórico para comprender el papel de la sociedad civil.



Fuente: Elaboración propia, con datos de Cox (1998, pp. 129-183).

SOCIEDAD CIVIL:

El concepto de sociedad civil designa el terreno sobre el cual el soporte de un nuevo estado y de un nuevo orden puede ser construido. El terreno está ocupado por diversas fuerzas en conflicto, mientras procede el cambio histórico.

La sociedad civil es el contexto de grupos de acción autónomos distintos del poder económico y del Estado. Es el contexto de aquellos que están en desventaja frente a la globalización de la economía mundial y es en ésta donde elevan sus protestas buscando alternativas.

La sociedad civil podría ser la base sobre la cual reposara una nueva autoridad política o reconstruida.

Hay cierta evidencia de la sociedad civil como reacción al impacto de la estructura de gobierno mundial... Todas esas instancias son indicio de algo que se mueve en diferentes sociedades en el globo hacia el renacimiento de la sociedad civil como contrapeso al poder hegemónico y su ideología. Este movimiento resulta ser débil y sin coordinación (en muchos de los casos). Puede que contenga algunos de los elementos pero no tiene el status de una fuerza contrahegemónica. Aunque se debe decir que su papel ha retomado importancia dentro de la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia, con datos de Cox, (1998, pp. 129-183).

- La opinión pública, según Merle "animada por el militantismo político o ideológico", la explica como "manifestaciones más o menos concertadas mediante las cuales algunos grupos, que actúan simultáneamente en varios países, se esfuerzan por crear un movimiento favorable a la defensa de una causa determinada" (Merle, 1991: 458), pudiendo ser espontáneas o coordinadas, con peso en las políticas de los Estados. Señala aquí algunas limitaciones, como la movilización puntual en torno a acontecimientos señalados, y el hecho de que, si éstos son continuos, acaban por llevar a la apatía de las masas.

- Este problema sigue dándose en la actualidad, aunque hay cada vez más esfuerzos por crear plataformas, tales como los foros propios, que den continuidad a las acciones, para no limitar el movimiento a sus meras manifestaciones públicas. Además, según el autor, "la opinión militante está fragmentada por las diferencias ideológicas o por las geográficas y, también frecuentemente, la universalidad de que se reclaman es ficticia". Este punto, si bien sigue siendo cierto, se ha convertido en una de las bazas del movimiento global (aunque también permanece como una de sus debilidades), ya que a pesar de las diferencias, multitud de movimientos de diversa índole han logrado unirse en torno a algunos objetivos comunes, básicamente relacionados con las demandas de justicia global, coordinando las esferas local (donde tienen cabida las reivindicaciones más concretas) y global (en las que esas reivindicaciones se unen para presionar en la escena internacional).

Fuente: Elaboración propia, con información de Echart (2008).

¿MOV. SOCIAL ES UN ACTOR EN RI?

- Esther Barbé aunque no considera a los movimientos sociales como actores de las relaciones internacionales, no deja de resaltar su participación e incidencia en la escena internacional de la posguerra fría. En cualquier caso, sí podemos recuperar los elementos de su definición: su habilidad de movilizar recursos para alcanzar sus objetivos, su capacidad de influir en otros actores del sistema y su autonomía. Serán éstos los criterios que se seguirán en el análisis de los movimientos sociales como un nuevo actor internacional.

SOCIEDAD CIVIL TRANSNACIONAL

- Robert Cox señala que la globalización se caracteriza por:
 - a) polarización social, con fracturas ya transnacionales, que delimitan la sociedad civil global;
 - b) descomposición del Estado, que tiene como uno de sus síntomas la gestación de una sociedad civil transnacional en la que intervienen movimientos sociales de toda índole que actúan al margen de las estructuras políticas convencionales;

Fuente: Elaboración propia, con información de Restrepo (2013).

BLOQUES REGIONALES

- c) diversificación del capitalismo, como constitución de bloques económicos (o regionalismo) y de la rivalidad entre los distintos modelos de organización del capitalismo (anglo-norteamericano, asiático y renano o europeo);
- d) el problema ecológico, que lleva a la necesidad de un desarrollo sostenible con el medio ambiente;

MOVILIZACIÓN SOCIAL

- e) el diálogo de civilizaciones, que termine con la maniquea visión, heredera de las mentalidades de la guerra fría, que ve al otro como amenaza; y
- la recomposición de la sociedad civil transnacional, a partir de los movimientos sociales progresistas, necesaria para la viabilidad del proyecto emancipador coxiano, y que ya se está dando en respuesta a los efectos nocivos del nuevo capitalismo. La pérdida de confianza en el Estado puede compensarse con un aumento en la movilización de la sociedad civil. Hay un sentido de democracia que puede construirse desde ese desarrollo de la sociedad civil: la democracia participativa.

Fuente: Elaboración propia con información de Restrepo (2013).

Bibliografía.

Abrisketa, Joana (2005-2006), “Pactos internacionales de derechos humanos” (online), en *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, Universidad del País Vasco, URL: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/165>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

ACNUR (2004, marzo), “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: informe del Relator Especial, Hunt, Paul: apéndice, Misión en la Organización Mundial del Comercio”, en *Consejo Económico y Social de la ONU*.

Aggleton, Peter y Parker, Richard (2002), “Campana Mundial contra el SIDA 2002–2003. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA”, en *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)*, Ginebra, 24 pp.

Allard Neumann, Raúl (2007), “Las empresas multinacionales en la globalización. Relaciones con los Estados”, en *Estudios Internacionales: Revista del Instituto de Estudios Internacionales de la Universidad de Chile*, Santiago, pp. 59-99.

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (1976a), “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (online), URL: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0014>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (1976b), “Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos” (online), URL: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0015>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (1981), “Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos” (online), URL: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297>, [Consultado el 11 de noviembre de 2014].

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (1993), “Declaración y Programa de Acción de Viena” (online), URL: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1296.pdf?view=1>, [Consultado el 7 de noviembre de 2014].

Angell, Marcia (2004, 15 de julio), “The Truth About the Drug Companies” (online), en *The New York Review of Books*, URL: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2004/jul/15/the-truth-about-the-drug-companies/>, [Consultado el 25 de marzo de 2015].

Angell, Marcia (2007, noviembre), “Health policy, pharmacy and pharmacology” (online), en *University of Wisconsin School of Medicine and Public Health* (online), URL: <http://videos.med.wisc.edu/videos/940/>, [Consultado el 25 de marzo de 2015].

Ashford, Lori S. (2006, diciembre), “Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y el SIDA” (online), en *Population Reference Bureau*, Washington, 4 pp., URL: <http://www.prb.org/pdf06/HowHIVAIDSAffectPop-Sp.pdf>, [Consultado el 16 de junio de 2014].

Asociación Escuela Americana (2014), “Los Derechos Civiles y Políticos” (online), en URL: https://www.amschool.edu.sv/Paes/civica/los_derechos_civiles_y_politicos.htm, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Attali, Jacques y Hart, Julio Tudor (2005, 5 de marzo), “Política de los medicamentos” (online), <http://www.saludyfarmacos.org/072002/etica%20y%20medicamentos.htm>, [Consultado el 5 de junio de 2014].

Attiná, Fulvio (2001), *El sistema político global*, Barcelona, Paidós, 272 pp.

Avert (2015), “Antiretroviral treatment in sub-Saharan Africa” (online), URL: http://www.avert.org/hiv-aids-sub-saharan-africa.htm#footnote42_uccwdbg, [Consultado el 26 de junio de 2015].

Averting HIV and SIDA (2014), “Origin of HIV & AIDS” (online), URL: <http://www.avert.org/origin-hiv-aids.htm>, [Consultado el 31 de mayo/2014].

Axelrod, Robert M. (1984), *The Evolution of Cooperation*, Nueva York, Basic Books, 241 pp.

Badilla, Ana Elena (2007), “El VIH y los derechos humanos: retos de política y legislación”, en *Notas de Población No. 85*, CELADE, Chile, pp. 97-114.

Ballance, R., Pogány, J. y Forstner, H. (1992), *The world's pharmaceutical industries: an international perspective on innovation, competition and policy*. Aldershot: Edward Elgar, 304 pp.

Banerjee, Sumita y Sharma, Upasana (2008, mayo), “El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH. Una perspectiva general para las organizaciones del sector comunitario”, en *ICASO (International Council of AIDS Service Organizations)*, Toronto, 46 pp.

Barrutia Etxebarria, Xabier y Zábalo Arena, Patxi (2003-2004), “Sector farmacéutico, patentes y acceso de medicamentos en el Sur”, en *Revista Cidob d’Afers Internacionales*, No. 64, Barcelona, diciembre-enero, 208 pp.

Beck, Ulrich (1998), *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós, 299 pp.

Beltrán Rodríguez, María Camila (2015, 6 de septiembre), “Neoliberalismo” (online), URL: <https://prezi.com/7wbqo5faar2h/colegio-emilio-valenzuela/>, [Consultado el 4 de diciembre de 2015].

Blaylock, Jean (2006), “El acceso a los medicamentos. Un documento informativo para la Campaña sobre el comercio y la Campaña sobre el VIH y el SIDA”, en *Alianza EcuMérica de Acción Mundial*, Ginebra, 9 pp.

Bond, Patrick (1999, 23 de marzo), “Globalization, Pharmaceutical Pricing and South African Health Policy: Managing Confrontation with US Firms and Politicians”, en *International Journal of Health Services*, pp. 765-792.

Calduch, Rafael (1991), “Los actores internacionales (I). Las Organizaciones Internacionales No Gubernamentales” (online); citado en Calduch, Rafael (2001), *Relaciones Internacionales*, Madrid, Edit. Ediciones Ciencias Sociales, 23 pp., URL: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/sdrelint/lib1cap11.pdf>, [Consultado el 24 de enero de 2016].

Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review No. 1 (2003, abril), “The UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: A Review of Legislation in Six Southern African Countries” (online), Vol. 8, URL: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1176>, [Consultado el 13 de noviembre de 2014].

Castells, Manuel (1998), *La Era de la Información: Economía, Sociedad y Cultura. La sociedad Red*, Madrid, Alianza, 592 pp.

Center University of Ixtlahuaca (2012, 3 de julio), “Industria Farmacéutica” (online), URL: <http://es.slideshare.net/LETSS/industria-farmaceutica-13534866>, [Consultado el 14 de marzo de 2015].

Cooper, Milton William (2014, 31 de mayo), “Se revela que el VIH SIDA fue creado en laboratorios Militares por EE.UU” (online), en *Progresismo Humano Despertar, Revolución, Conocimiento y Esperanza*, URL: <http://progresismohumano.wordpress.com/>, [Consultado el 1 de junio de 2014].

Correa, Carlos (2001), “Integrando la salud pública en la legislación sobre patentes de los países en desarrollo” (online), en *Organización Mundial del Comercio (OMC)*, URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4918s/s4918s.pdf>, [Consultado el 25 de febrero de 2015].

Correa, Carlos (2011, septiembre), “Innovación Farmacéutica, patentes incrementales y licencias obligatorias”, en *Centro del Sur (South Centre)*, Documento de Investigación No. 41, Génova, 28 pp.

Cox, Robert W. (1998), “Gramsci y la cuestión de la sociedad civil a fines del siglo XX”, en Kanoussi, Dora, *Los estudios gramscianos hoy*, BUAP, México, Plaza y Valdés, 228 pp.

Delgado Caicedo, Jerónimo (2012, 1 de noviembre), “Brasil y África: Política exterior brasilera en África” (online), en *Boletín de Estudios Africanos- Universidad Externado de Colombia*, Bogotá, URL: <https://estudiosafricanos.wordpress.com/2012/11/01/brasil-y-africa-politica-exterior-brasilera-en-africa/>, [Consultado el 28 de junio de 2015].

Diccionario de Etimología (2014), en *Dechile.net* (online), URL: <http://etimologias.dechile.net/?inmunodeficiencia>, [Consultado el 30 de mayo de 2014].

DMedicina (2014), “Enfermedades: SIDA” (online), URL: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/sida>, [Consultado el 1 de junio de 2014].

Doh, Jonathan y Holt, Erick (2005), “Pharmaceutical Companies, Intellectual Property and the Global AIDS Epidemic” (online), Mc Graw Hill, URL: <http://novellaqalive2.mhhe.com/sites/dl/free/007000000x/216468/indepthintegrativeCase1Pharm.pdf>, [Consultado el 28 de abril de 2015].

Drews, Jürgen (1999), *In Quest of Tomorrow's Medicines*, New York, Springer, 272 pp.; citado en Forcades i Vila, Teresa (2006, julio).

Echart Muñoz, Enara (2008), *Movimientos sociales y relaciones internacionales: la irrupción de un nuevo actor*, Madrid, Catarata, 320 pp.

Encyclopædia Britannica (2015), “Amicus Curiae” (online), URL: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/20554/amicus-curiae>, [Consultado el 22 de junio de 2015].

Epstein, Helen (2002, 9 de mayo), “The Hidden Cause of AIDS” (online), en *The New York Review of Books*, URL: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2002/may/09/the-hidden-cause-of-aids/>, [Consultado el 15 de junio de 2014].

Espinel Vallejo, Manuel (2004, 1 de agosto), “Las ganancias del SIDA” (online), en *Periódico Unimedios (Universidad Nacional de Colombia)*, Bogotá, URL: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/61/07.htm>, [Consultado el 18 de mayo de 2015].

Even, Philippe y Debré, Bernard (2012), *Le guide des médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, París, Cherche-midi, 906 pp.

Fernández Mateo, Manuel (2003, noviembre), “Los derechos humanos y el VIH/SIDA: una aproximación jurisprudencial”, en *Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible 18, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*, Tegucigalpa, 25 pp.

Fisher, William W. III y Rigamonti, Cyrill P. (2005, 10 de febrero), “The South Africa AIDS Controversy A Case Study in Patent Law and Policy” (online), en *The Law and Business of Patents, Harvard School*, URL:

<http://cyber.law.harvard.edu/people/tfisher/South%20Africa.pdf>, [Consultado el 14 de junio de 2015].

Food and Agricultural Organization FAO (2014), “SIDA amenaza para el África Rural” (online), en *FAO Datos y Estadísticas*, URL: <http://www.fao.org/focus/s/aids/aids6-s.htm>, [Consultado el 10 de junio de 2014].

Forcades i Vila, Teresa (2006, julio), “Los crímenes de las grandes farmacéuticas”, en *Cuadernos CJ No. 141 (Fundación Luis Espinal)*, Barcelona, 40 pp.

García-Huidobro Amunátegui, Vladimir (1992), *Legislación sobre Propiedad Industrial. Análisis, Jurisprudencia y Guía Práctica*, Santiago, Jurídica de Chile, 279 pp.

Garnier, Jean-Pierre (2001, 15 de octubre), “We Have a Deal” (online), en *The Guardian*, Londres, URL: <http://www.theguardian.com/education/2001/apr/20/highereducation.aids>, [Consultado el 18 de mayo de 2015].

Giaccaglia, Clarisa (2010, enero/junio), “El accionar de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en las negociaciones mundiales en materia de salud. La cuestión de las patentes farmacéuticas” (online), en *Papel Político*, vol. 15, No. 1, Bogotá, URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-44092010000100011, [Consultado el 23 de mayo de 2015].

Gilpin, Robert (2001), *Global Political Economy Understanding the International Economic Order*, New Jersey, Princeton University Press, 423 pp.

Globaltreatmentaccess.org (2001, 1 de febrero), “Global Treatment Access Campaign (GTAC), South African Medicines Act: TAC Fact sheet on Act” (online), URL: http://www.globaltreatmentaccess.org/content/press_releases/01/020101_TAC_FS_SA_suit.html, [Consultado el 12 de mayo de 2015].

González Prieto, María de Lourdes (2002, mayo-agosto), “El árbol madre: identidad y género en algunas sociedades africanas”, en *Revista de Estudios de Asia y África* vol. XXXVII, núm. 2, pp. 305-324.

Grown, Karen, Braunstein, Elissa y Malhotra, Anju (2006), *Trading Women's Health and Rights?: Trade Liberalization and Reproductive Health in Development Economies*, Nueva York, Zed Books, 320 pp.

Green, Duncan (2008), *De la pobreza al poder: cómo pueden cambiar el mundo ciudadanos activos y estados eficaces*, Madrid, Intermón Oxfam, 606 pp.

Gupta, Deepak (2003), “The Neoliberal Case for South African Patent Defiance” (online), en *Law, Social Justice & Global Development Journal*, No. 2, URL: https://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2003_2/gupta/, [Consultado el 24 de mayo de 2015].

Gurry, Francis (2011), “El Tratado de Cooperación en materia de Patentes: presente y futuro”, en *Economía Industrial No. 379*, Madrid, pp. 21-26.

Hall, Shane (2014), “Sida en África: Información” (online), en *ehow en español*, URL: http://www.ehowenespanol.com/sida-africa-informacion-sobre_152504/, [Consultado el 18 de mayo de 2014].

Hasenclever, Andreas, Mayer, Peter y Rittberger, Volker (1997), “Las teorías de los regímenes internacionales: situación actual y propuestas para una síntesis” (online), URL: <http://www.wiphala.org/situacionactual.pdf>, [Consultado el 24 de enero de 2016].

Hernández Zubizarreta, Juan (2009), “Las empresas transnacionales frente a los Derechos Humanos: Historia de una asimetría normativa. De la responsabilidad social corporativa a las redes contrahegemónicas transnacionales” (online), en *Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari Buruzko Ikasketa Institutua*, Bilbao, URL: http://pdf2.hegoa.efaber.net/entry/content/434/las_empresas_transnacionales_juan_hernandez.pdf, [Consultado el 6 de diciembre de 2015].

Ianni, Octavio (1996), *Teorías de la Globalización*, traducción de Núñez Vericat, Isabel, Siglo XXI editores, México, CEIICH-UNAM, 178 pp.

IBSA (2008), *New Delhi Summit Declaration* (online), URL: http://www.ibsatrilateral.org//index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=16, [Consultado el 28 de junio de 2015].

International Centre for Trade and Sustainable Development ICTSD (2012, 12 de agosto), “La Sección Especial 301 y Súper 301 de la Ley de Comercio de EE.UU: la situación de los países de América Latina” (online), Vol. 13 No. 4, URL: <http://www.ictsd.org/bridges-news/puentes/news/la-secci%C3%B3n-especial-301-y-s%C3%BAper-301-de-la-ley-de-comercio-de-eeuu-la>, [Consultado el 28 de junio de 2015].

John de Sousa, Sarah-Lea (2007, abril), “India, Brasil, Sudáfrica (IBSA) ¿Un nuevo tipo de multilateralismo interregional del Sur?” (online), en *Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE)*, URL: http://fride.org/descarga/COM_IBSA_ESP_abr07.pdf, [Consultado el 27 de junio de 2015].

Keohane, Robert O. (1982), “The Demand for International Regimes”, en *International Organization*, Vol. 36, No. 2, International Regimes, Spring, pp. 325-355.

Krasner, Stephen D. (1983), “Structural Causes and Regime Consequences. Regime as Intervening Variables”; en Krasner, Stephen D. (Comp.), *International Regimes*, Nueva York, Cornell University Press, 372 pp.

Lamprey, Peter R., Johnson, Jami L. y Khan, Marya (2006, marzo), “El desafío mundial del VIH y el SIDA” (online), en *Population Bulletin (Population Reference Bureau)*, Vol. 6 No. 1, Washington, URL:

http://www.prb.org/pdf06/61.1GlobalChallengeHIVAIDS_Sp.pdf, [Consultado el 16 de junio de 2014].

López Arnal, Salvador (2008, 16 de octubre), “La innovación se ha convertido no tanto en la ideología como en la religión del siglo XXI”. Entrevista con Igor Sádaba sobre la propiedad intelectual. (online), en *Revista Rebelión*, Madrid, URL: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=74433>, [Consultado el 18 de marzo de 2015].

Maharaj, Pranitha y Roberts, Benjamin (2006), “Trinping Up: AIDS, Pharmaceuticals and Intellectual Property in South Africa”; citado en Grown, Braunstein y Malhotra (2006).

Medicine Plus (1997-2014), “Enfermedades de declaración obligatoria” (online), URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001929.htm>, [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Médicos Sin Fronteras (2001), “Fatal Imbalance” (online), URL: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_short.pdf, [Consultado el 13 de abril de 2013].

Merck Sharp & Dohme de España (2014), “Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana” (online), URL: https://www.msdsalud.es/manual-merck-hogar.aspx?u=/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_187.html, [Consultado el 31 de mayo de 2014].

Merle, Marcel (1991), *Sociología de las relaciones internacionales*, Madrid, Alianza Editorial, 587 pp.

Mngxitama, Andile (2002), “El fin del apartheid no fue el fin de la pobreza” (online), en *Social Watch*, URL: <http://www.socialwatch.org/es/node/10245>, [Consultado el 25 de enero de 2016].

National Geographic (2014), “SIDA” (online), URL: <http://www.nationalgeographic.es/ciencia/salud-y-cuerpo-humano/sida>, [Consultado el 1 de junio de 2014].

Nwobike, Justice C. (2006, junio), “Empresas farmacéuticas y acceso a medicamentos en los países en desarrollo: el camino a seguir” (online), en *Revista Internacional de Derechos Humanos* vol.3, no.4, São Paulo, URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452006000100008>, [Consultado el 16 de mayo de 2015].

Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos OACDH (2014), “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (online), URL: <http://www.unhchr.org>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

OMS/Oatway, James (2009), “Diez datos sobre el VIH/SIDA” (online), URL: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/es/index2.html>, [Consultado el 31 de mayo de 2014].

ONUSIDA (2002), “Género y VIH/SIDA: Evaluando investigaciones y programas (2002)”, Ginebra.

ONUSIDA (2012, 26 de julio), “Los líderes africanos destacan el progreso y los desafíos en las respuestas al VIH” (online), URL: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2012/july/20120726ssaprogress>, [Consultado el 25 de junio de 2015].

ONUSIDA (2014, 17 de enero), “El nuevo informe sobre el VIH constata un gran descenso en las nuevas infecciones por el VIH en Sudáfrica” (online), URL: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/january/20140117southafrica/>, [Consultado el 17 de junio de 2014].

Organización de Consumidores y Usuarios OCU (2008, febrero/marzo), “Laboratorios: innovan cada vez menos” (online), URL: <file:///C:/Users/yo/Downloads/F%C3%A1rmacos%20y%20patentes.pdf>, [Consultado el 18 de marzo de 2015].

Organización de las Naciones Unidas ONU (2013), “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (online), URL: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, [Consultado el 5 de abril de 2013].

Organización de las Naciones Unidas ONU (2014), “Declaración de Viena 1993” (online), URL: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Organización Mundial del Comercio OMC (2006), “Licencias obligatorias de productos farmacéuticos y ADPIC” (online), URL: https://www.wto.org/spanish/tratop_s/TRIPs_s/public_health_faq_s.htm, [Consultado el 28 de febrero de 2015].

Organización Mundial del Comercio OMC (2015a), “Propiedad intelectual: protección y observancia” (online), URL: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/agrm7_s.htm, [Consultado el 28 de febrero de 2015].

Organización Mundial del Comercio OMC (2015b), “Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio ADPIC” (online), URL: https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf, [Consultado el 22 de febrero de 2015].

Organización Mundial del Comercio OMC (2015c), “Definición de Licencia obligatoria” (online), URL:

https://www.wto.org/spanish/thewto_s/glossary_s/compulsory_licensing_s.htm,
[Consultado el 13 de mayo de 2015].

Organización Mundial del Comercio OMC (2015d), “Definición de Importación Paralela” (online), URL: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/glossary_s/importaciones_paralelas_s.htm, [Consultado el 28/junio de 2015].

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2013, 9 de diciembre), “Las solicitudes de patente presentadas a escala mundial han experimentado el crecimiento más rápido de los últimos 18 años” (online), Ginebra, URL: http://www.wipo.int/pressroom/es/articles/2013/article_0028.html, [Consultado el 18 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2015a), “Reseña del Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial 1883” (online), URL: http://www.wipo.int/treaties/es/ip/paris/summary_paris.html, [Consultado el 21 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Propiedad Industrial OMPI (2015b), “Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial” (online), URL: http://www.wipo.int/treaties/es/text.jsp?file_id=288515, [Consultado el 22 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2015c), “Tendencias observadas en la presentación de solicitudes PCT” (online), URL: http://www.wipo.int/pct/es/activity/pct_2008.html#P204_15185, [Consultado el 24 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual OMPI (2015d), “Los principales países de origen” (online), URL: http://www.wipo.int/pct/es/activity/pct_2008.html#P249_17182, [Consultado el 24 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Salud OMS (1988), “Criterios éticos para la promoción de medicamentos” (online), Ginebra, URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip09s/whozip09s.pdf>, [Consultado el 7 de julio de 2015].

Organización Mundial de la Salud OMS (1998), “Boletín de medicamentos esenciales - No. 025 & 026” (online), URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2245s/>, [Consultado el 8 de julio de 2015].

Organización Mundial de la Salud OMS (2003), “La contribución para el logro de las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas”, Informe del Secretariado, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud OMS (2006, marzo), “Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A report on ‘3 by 5’ and Beyond”, Ginebra, 80 pp.

Organización Mundial de la Salud OMS (2013, octubre), VIH/SIDA Nota descriptiva N°360 (online), URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>, [Consultado el 18 de mayo de 2014].

Paterson, Gillian (2005), “El estigma relacionado con el SIDA. Pensar sin encasillamientos: el desafío teológico” (online), en *Ecumenical Advocacy Alliance*, URL: <http://www.portalsida.org/repos/dd1300.pdf>, [Consultado el 18 de junio de 2014].

Pearson, F. y Rochester, M. (2007), *Relaciones Internacionales: Situación Global en el Siglo XXI*, México, Mc Graw Hill, 655 pp.

Pharm Exec Staff (2014, 9 de junio), “Pharm Exec's Pharma 50 2014” (online), en *Pharmaceutical Executive*, URL: <http://www.pharmexec.com/pharm-execs-pharma-50-2014?id=&sk=&date=&pageID=2>, [Consultado el 24 de marzo de 2015].

Pharm Exec Staff (2009, mayo), “The Pharm Exec 50 2009” (online), en *Pharmaceutical Executive*, URL: https://www.scribd.com/fullscreen/21016515?access_key=key-wy652jhrh24sqehwyu0&allow_share=true&escape=false&show_recommendations=false&view_mode=scroll, [Consultado el 17 de marzo de 2015].

Pignarre, Philippe (2005), *El gran secreto de la industria farmacéutica*, Barcelona, Gedisa, (original francés de 2003), 192 pp.

Pobreza Mundial (2014), “Pobreza en África” (online), URL: <http://www.pobrezamundial.com/africa/>, [Consultado el 10 de junio de 2014].

Pollack Petchesky, Rosalind (2003), “HIV/AIDS and the Human Right to Health: On a Collision Course with Global Capitalism”, en *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*, Londres, Zed Books, 320 pp.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA/OMS (1997), “Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia” (online), URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/ONUSIDA_OMS_97.6_spa.pdf, [Consultado el 25 de junio de 2015].

Programa de Acción de Medicamentos Esenciales/Organización Mundial de la Salud OMS (1998), “Reforma del sector farmacéutico y del sector salud en las Américas: Una perspectiva económica” (online), URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2927s/11.html>, [Consultado el 18 de marzo de 2015].

Programa de Atención UNESCO/ONUSIDA (2003), “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”, en *Estudios e Informes - Serie especial, No. 10 División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural UNESCO*, 54 pp.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2014), “Los Objetivos del Desarrollo del Milenio” (online), URL: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Ramírez Ramírez, Martha Ofelia (2006), “La Prescripción de medicamentos y su repercusión social” (online), en *Revista Cubana Salud Pública*, URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu16406.htm#autor, [Consultado el 5 de julio de 2015].

Rau, Bill y Collins, Joseph (2000), “AIDS in the Context of Development”, Introducción y página 2. Documento preparado para: UNRISD Programme on Social Policy and Development, Ginebra: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, en *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*, “El VIH/SIDA y la Pobreza” (online), en *UNFPA*, URL: <http://www.unfpa.org/swp/2002/espanol/ch6/>, [Consultado el 10 de junio de 2014].

Restrepo Vélez, Juan Camilo (2013), “La Globalización en las relaciones internacionales: Actores internacionales y sistema internacional contemporáneo” (online), en *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, Vol. 43, No. 119, URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfdcp/v43n119/v43n119a05.pdf>, [Consultado el 5 de diciembre de 2015].

Revista Cuba Encuentro (2014), “Derechos de Primera Generación o Derechos Civiles y Políticos” (online), URL: <http://www.cubaencuentro.com/derechos-humanos/clasificacion-y-caracteristicas/clasificacion/derechos-de-primera-generacion-o-derechos-civiles-y-politicos>, [Consultado el 6 de noviembre de 2014].

Revista El Despertar (2001, 8 de febrero), “La propagación del sida en África” (online), pp. 13-15, URL: <http://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102002802>, [Consultado el 9 de junio de 2014].

Revista de Propiedad Intelectual No. 1 (2014, junio), “Licencias Obligatorias: Un instrumento soberano para las políticas en salud pública”, en *Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual*, Quito, 67 pp.

Rodríguez, José Luis (2013), “Actualidad del HIV SIDA”(online), en *Diario Médico.com*, URL: <http://medicablogs.diariomedico.com/jlrodriguez/2013/09/23/actualidad-del-hiv-sida/>, [Consultado el 26 de mayo de 2014].

Sampath, Alapakkam P. (2011, sin publicar), *Promoting Local Pharmaceutical Capacity in Developing Countries: A Discussion on Inventive Step and Compulsory Licensing*.

Sassen, Saskia (2007), *Una Sociología de la Globalización*, Buenos Aires, Katz Editores, 323 pp.

Singh, Kavaljit (2001, septiembre/octubre), “Patentes versus pacientes” (online), en *Revista del Sur*, No. 119/120, Montevideo, URL: http://old.redtercermundo.org.uy/revista_del_sur/texto_completo.php?id=467, [Consultado el 11 de abril de 2013].

Sodaro, Michael (2006), *Política y Ciencia Política: una introducción*, Madrid, MacGraw-Hill, 356 pp.

Stiglitz, Joseph E. (2006), *¿Cómo hacer que funcione la globalización?*, México, Santillana, 440 pp.

Tait, Keith (2010, 28 de septiembre), “Industria Farmacéutica” (online), en *Enciclopedia de Salud y seguridad en el Trabajo*, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid, URL: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo3/79.pdf>, [Consultado el 28 de febrero de 2015].

Timberg, Craig y Halperin, Daniel (2012), “El VIH y el colonialismo en África: Historia de dónde empezó la epidemia”, en *Tinderbox: How the West Sparked the AIDS Epidemic and How the World Can Finally Overcome It*, Sudáfrica, Penguin Group, 422 pp.

The Patient Education Institute (2014), “VIH/SIDA” (online), URL: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/.../aidsspanish/hp2491s3.pdf, [Consultado el 30 de mayo de 2014].

Torres, Cristina y Mújica, Oscar J. (2004), “Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (online), en *Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH)*, URL: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_onuinteres/salud%20equidad%20odm.pdf, [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Transnationale.org (2015), “Analysis of the Worlds” (online), URL: http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol_44_1_10/t0112110.gif, [Consultado el 15 de marzo de 2015].

Treatment Action Campaign, TAC (2015), “About us” (online), URL: http://www.tac.org.za/about_us, [Consultado el 25 de enero de 2016].

Ugarte Gil, Cesar Augusto y Miranda Montero, J. Jaime (2004, octubre/diciembre), “Derechos Humanos y Salud: el caso del VIH/SIDA” (online), en *Revista Médica Herediana*, Vol. 15, No. 4, URL: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/view/536/588>, [Consultado el 5 de noviembre de 2014].

Unión Interparlamentaria IPU (2005) “Manual para Parlamentarios” (online), URL: http://www.ipu.org/PDF/publications/hr_guide_sp.pdf, [Consultado el 9 de noviembre de 2014].

Vázquez Campuzano, Roberto (2011), “Virus de la Inmunodeficiencia Humana “(online), en *Departamento de Microbiología y Parasitología- Recursos en Virología UNAM*, URL: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>, [Consultado el 31 de mayo de 2014].

Velásquez, Germán (2012, 04 de diciembre), “Medicamentos. El lucro o la vida” (online), en *Revista Rebelión*, Madrid, URL: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=160205>, [Consultado el 17 de marzo de 2015].

Wallerstein, Immanuel (2005), *Análisis de Sistemas-Mundo: una introducción*, Trad. Schroeder, Carlos Daniel, México, Siglo XXI Editores, 156 pp.