



El acceso a los medicamentos

Un documento informativo para
la Campaña sobre el comercio y
la Campaña sobre el VIH y el SIDA

Jean Blaylock

**Ecumenical Advocacy
Alliance**
150, route de Ferney
PO Box 2100
1211 Geneva 2
Switzerland

**Alianza Ecu mica de
Acci3n Mundial**
150, route de Ferney
Apartado postal 2100
1211 Ginebra 2
Suiza

**Alliance Oecum nique
«Agir Ensemble»**
150, route de Ferney
Case postale 2100
1211 Gen ve 2
Suisse

**Globales 3kumenisches
Aktionsb ndnis**
150, route de Ferney
Postfach 2100
1211 Genf 2
Schweiz

 + 41 22 791 6723
 + 41 22 710 2387
 info@e-alliance.ch
www.e-alliance.ch

El acceso a los medicamentos

Este documento ha sido escrito por Jean Blaylock
como contribución a la
campaña por ***Un comercio al servicio de las personas*** y
a la campaña ***Mantengamos la promesa***
de la Alianza Ecuménica de Acción Mundial

Puede duplicar o citar libremente este documento dando crédito a Jean Blaylock/AEAM

© 2006 Alianza Ecuménica de Acción Mundial

El acceso a los medicamentos

Hoy, a principios del siglo XXI, una de cada tres personas en el mundo no puede obtener medicamentos esenciales. En las regiones más pobres de África y Asia, el porcentaje se eleva a una de cada dos personas.

En el caso de los medicamentos para tratar el VIH y el SIDA, las estadísticas son todavía peores: de cada seis personas que necesitan antirretrovíricos (ARV), más de cinco no tienen acceso a ellos, lo cual significa 5,5 millones de personas¹.

El acceso de las personas a los medicamentos se ve afectado por numerosos factores, entre los que cabe mencionar la capacidad de los sistemas de salud y de los presupuestos, los niveles de formación y aptitud de los profesionales sanitarios, y los niveles de investigación y desarrollo. Un factor importante es que para un gran número de

personas muchas medicinas son simplemente demasiado caras para poder comprarlas. Este documento informativo se centra en las repercusiones de las normas comerciales del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, por su sigla en inglés) sobre el precio de los medicamentos.

El acceso a los medicamentos es un tema que atañe tanto a los participantes en la campaña sobre el VIH y el SIDA como en la campaña sobre el comercio mundial. Es un componente esencial de la respuesta a la pandemia del VIH, en términos de antirretrovíricos (ARV) para tratar el VIH y de medicamentos básicos para tratar las infecciones oportunistas. Al mismo tiempo, constituye un ámbito muy real y visible en el que las normas comerciales tienen un efecto drástico en la vida cotidiana.

El derecho a la salud

El acceso a los medicamentos forma parte del derecho a la salud, un derecho que está firmemente establecido en el derecho internacional vinculante². Según el derecho a la salud, todo el mundo tiene derecho a:

- 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 salud³.

Se reconoce que el derecho a la salud está sujeto a la realidad impuesta por la limitación de recursos, pero esto no significa que sea un derecho vacío, indefinidamente postergado. 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.

Los **medicamentos esenciales** son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de atención sanitaria de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene una lista de los medicamentos esenciales.

Para más información, véase

www.who.int/topics/essential_medicines/es/
www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/ (en inglés)

VIH y medicamentos

Si no se trata, el VIH resulta mortal en un período entre 7 y 20 años en el 99% de los casos. Sin embargo, el VIH constituye una enfermedad que se puede tratar médicamente. La

progresión del VIH al SIDA puede disminuirse mediante un mejor acceso a la nutrición y a los servicios de atención sanitaria básicos. Existen medicamentos para tratar las infecciones oportunistas comunes a las que son vulnerables las personas con infección avanzada por el VIH. Además, la terapia antirretroviral puede frenar la multiplicación del virus de inmunodeficiencia humana, devuelve la fortaleza y la vitalidad a la persona y previene la muerte a causa del SIDA. Cuando las personas tienen acceso a los ARV, el índice de mortalidad por SIDA se reduce en casi el 90 por ciento⁴.

¿Cómo afectan las normas comerciales al precio de los medicamentos?

Las normas comerciales sobre las patentes afectan al precio de los medicamentos. Las patentes forman parte del derecho de propiedad intelectual, que protege los diseños, las creaciones y las invenciones. También entran en el ámbito de la propiedad intelectual las marcas y los derechos de autor. La propiedad intelectual es cada vez más importante para las “economías del conocimiento” de alta tecnología de los países desarrollados.

Una patente otorga al titular el monopolio de la invención durante un número determinado de años. Los demás solo pueden producir el producto o utilizar el proceso inventado si obtienen una licencia por parte del titular de la patente. Al impedir la competencia, el sistema de patentes permite que el titular de una determinada patente pueda cobrar un precio más alto por su invención.

Patentes, compañías farmacéuticas e investigación

Las compañías farmacéuticas basadas en la investigación argumentan que necesitan las patentes para poder recuperar el tiempo y los costes invertidos en la investigación y el desarrollo de un medicamento, y que las patentes son necesarias para fomentar la innovación. Sin embargo, esta línea de argumentación tiene sus límites.

La suma de dinero que la industria farmacéutica gasta en investigación está en entredicho. Aproximadamente la mitad de los gastos de investigación y desarrollo a nivel mundial se financian con fondos públicos⁵. Por otra parte, las compañías farmacéuticas gastan más en marketing, publicidad y administración que en investigación⁶.

Un problema básico del argumento de los costes de la investigación es que en realidad la industria farmacéutica recupera casi la totalidad de los gastos incurridos en los países desarrollados⁷. Este es su principal mercado y su destinatario principal. Las compañías farmacéuticas necesitan tener patentes en América del Norte, Europa y Japón. El motivo por el que quieren tener patentes en los países en desarrollo es ante todo para asegurarse de que nadie produzca en esos países medicamentos a bajo coste con el objetivo de venderlos en mercados rentables. El hecho de que en los países en desarrollo la protección de patentes ocasione que los medicamentos sean inasequibles para la mayoría de la población mundial constituye, según este punto de vista, un efecto secundario lamentable pero inevitable. Este es uno de los casos más flagrantes en los que se anteponen los beneficios a las personas.

El sistema de patentes, tal como está estructurado en la actualidad, fomenta el desarrollo de medicamentos lucrativos y no tiene un mecanismo para apoyar el desarrollo de medicamentos para personas que no pueden pagarlos⁸. El argumento de los costes de investigación tiene cierta validez, pero necesita sopesarse con las necesidades de salud pública.

¿Qué son los ADPIC?

Si bien la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y su predecesora se ocupan de la propiedad intelectual desde 1893, hasta hace poco tiempo las leyes en materia de propiedad intelectual tenían un alcance territorial nacional. Se permitía que los países tuviesen sistemas adaptados a sus capacidades industriales, y algunos no tenían ninguno. Sin embargo, las empresas multinacionales, especialmente las compañías farmacéuticas, hicieron mucha presión para que la propiedad intelectual se incluyese en el cometido de la Organización Mundial del Comercio (OMC) a fin de establecer leyes mundiales de propiedad intelectual que fuesen vinculantes para todos los países miembros de la OMC.

El resultado de la presión ejercida por las empresas multinacionales fue que cuando se creó la OMC en 1995 la propiedad intelectual se convirtió en una de las tres áreas generales del comercio que constituyen la base de la organización (las otras dos son los bienes y los servicios). Un acuerdo cubre todas las normas de la OMC sobre la propiedad intelectual: *el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio* (los ADPIC o TRIPS, por su sigla en inglés).

Los ADPIC aumentaron el nivel de protección de la propiedad intelectual que los países deben proporcionar, estableciendo estándares mínimos y haciendo que la propiedad intelectual estuviera sujeta al procedimiento de solución de diferencias de la OMC, uno de los pocos mecanismos de aplicación multilaterales que es efectivo. El período de transición otorgado a los países para cumplir con los requisitos de los ADPIC ha finalizado (2006), excepto para los 32 países menos desarrollados que son miembros de la OMC, cuyo período de transición para los productos farmacéuticos se extiende hasta el año 2016.

Conforme a los ADPIC, las patentes tienen una vigencia de un mínimo de 20 años, y es obligatorio que los medicamentos estén patentados.

¿Cómo han afectado los ADPIC al acceso al tratamiento del VIH?

La introducción o la mayor protección de las patentes para medicamentos, a través de los ADPIC, ha conducido en muchos casos a que las medicinas sean caras, y por consiguiente inasequibles para muchas personas. Muchas compañías farmacéuticas aplican precios diferenciales, de forma que cobran menos por el mismo medicamento en un país en desarrollo que en un país desarrollado, pero inevitablemente en una situación de monopolio es probable que el precio fijado tenga por objetivo crear un máximo de beneficios para el vendedor. Aunque en determinados países el precio pueda ser inferior, puede que siga siendo inasequible para muchos, y más elevado de lo que podría ser.

Esta situación ha resultado evidente con la introducción de la competencia de los genéricos. Por ejemplo, a principios del 2000, cuando todavía no había la competencia de los medicamentos genéricos, el precio más bajo en el mundo para un año de triterapia antirretroviral⁹ (ARV) para tratar el VIH y el SIDA era de \$10 439. Cuando en ese año aparecieron los genéricos a precios tan bajos como \$800, el titular de la patente bajó su precio a \$931, un recorte del 91%. Desde entonces el precio del medicamento patentado ha seguido cayendo como consecuencia de la competencia de los genéricos, y en junio de 2005 era de \$562¹⁰.

La terapia antirretroviral de “primera línea” constituye la terapia más antigua¹¹. Sin embargo, tras unos pocos años, muchos pacientes desarrollan resistencia a estos medicamentos y necesitan cambiar a medicamentos más nuevos de “segunda línea”¹². La competencia de

los genéricos, junto a las campañas de sensibilización y a una mayor conciencia pública, ha conseguido que los precios de la terapia antirretroviral de primera línea disminuyesen de forma considerable. Sin embargo, los medicamentos de segunda línea, debido a su alto precio, todavía son un lujo y a causa del acuerdo de los ADPIC, no se puede utilizar la competencia de los genéricos de la misma forma para bajar los precios. Los medicamentos de primera línea se desarrollaron principalmente antes de que los ADPIC entraran en vigor, y antes de que estuvieran patentados en algunos de los principales países productores de genéricos. Sin embargo, los fármacos de segunda línea sí que están sujetos a la protección de patentes de 20 años del acuerdo de los ADPIC¹³.

La iniciativa “3 por 5” de la OMS y del ONUSIDA ha triplicado el número de personas que reciben tratamiento ARV en África y Asia. No obstante, los beneficios conseguidos por esta iniciativa corren el peligro de perderse si no es posible que estas personas, cuando desarrollen una resistencia a los medicamentos de primera línea, puedan pasar a un tratamiento de segunda línea.

Es posible que los fármacos no puedan obtenerse en un país en desarrollo simplemente porque el titular de la patente ha decidido no comercializarlos donde existen pocas posibilidades de obtener beneficios. Por ejemplo, Médicos Sin Fronteras (MSF) lleva a cabo proyectos de atención y tratamiento para personas con VIH y SIDA en China desde 2003 pero en su programa no puede utilizar los fármacos de segunda línea porque los titulares de las patentes han decidido no comercializar estos medicamentos en China¹⁴.

Los medicamentos pediátricos constituyen un caso particular¹⁵. Los niños necesitan formulaciones diferentes de los medicamentos ARV, y los titulares de las patentes cobran por ellas diez veces más que para las formulaciones destinadas a los adultos. Además, en comparación con las formulaciones para adultos, los medicamentos pediátricos se comercializan aún en menos países.

En la protección de patentes siempre se necesita un equilibrio entre los derechos del titular de la patente por una parte y el interés público por otra. Los medicamentos no son un mero producto más, como un chip para el ordenador o un abrebotellas: a menudo son una cuestión de vida o muerte. Los ADPIC se han inclinado demasiado a favor de los intereses corporativos de las compañías farmacéuticas y se han alejado de las necesidades de las personas pobres de todo el mundo.

Otro caso que ilustra cómo la fijación voluntaria de precios diferenciados se rige más por el lucro que por un deseo genuino de accesibilidad es el de los precios cobrados por una marca de medicamentos, Zantac, a finales de los 90. El fármaco se vendía a:

\$ 2 en India

cuando hizo frente a la competencia de los genéricos, pero sin competencia se vendía a

\$9 en Bangladesh

\$30 en Vietnam

\$37 en Tailandia

\$55 en Malasia

\$61 en Sri Lanka

\$63 en Filipinas

\$97 en Tanzania

\$183 en Mongolia

\$196 en Chile

\$132 en El Salvador y

\$150 en Sudáfrica.

Mientras tanto, también se vendía a \$23 en Australia y a \$77 en Canadá.

Khor, “Propiedad intelectual, competencia y desarrollo” TWN, junio de 2005

En la India, hasta ahora, los medicamentos genéricos han desempeñado un papel clave en la obtención de ARV a precios asequibles, permitiendo que miles de personas, que de otra forma no hubiesen podido pagar los medicamentos necesarios, fuesen tratadas. Los fabricantes de genéricos de la India también han podido producir combinaciones de dosis fijas de ARV, una simplificación que ha sido fundamental en la ampliación de los programas de tratamiento en los países en desarrollo. En la actualidad aproximadamente la mitad de las personas de los países en desarrollo que siguen una terapia antirretroviral toman medicamentos genéricos indios.

Antes de los ADPIC, en la India las patentes sobre los medicamentos y los alimentos se restringían más bien a los procesos que a los productos finales. Esta situación hacía que fuese legal producir versiones genéricas de medicamentos que estaban patentados en otros países siempre y cuando se utilizara un proceso diferente. Debido a ello, la India ha desarrollado una gran experiencia en ingeniería inversa y un sector farmacéutico de genéricos muy eficaz, convirtiéndose en uno de los principales productores de medicamentos genéricos del mundo.

Sin embargo, en 2005 la India cambió sus leyes para cumplir con los ADPIC, y a principios de 2006 concedió su primera patente a un medicamento de la firma Roche para el tratamiento de la hepatitis C.

En cuanto a los medicamentos existentes, la nueva ley tiene un sistema de “concesión automática de licencias” de forma que si ahora en la India se concede una patente a un medicamento que los fabricantes de genéricos ya producen, estos podrán seguir haciéndolo mediante el pago de una tasa al titular de la patente, aunque la tarifa por derechos de autor no se ha fijado. Normalmente, la norma es alrededor de un 3-4%, pero en Sudáfrica la compañía Glaxo Smith Kline intentó cobrar un 40% hasta que la presión pública y los tribunales intervinieron.

El sistema de concesión automática de licencias no se aplica a los nuevos medicamentos y el sistema para que el gobierno otorgue una licencia obligatoria es extremadamente complicado. Es improbable que los fármacos genéricos indios puedan desempeñar el mismo papel con los ARV de la segunda línea, es decir hacerlos más accesibles, que como hicieron con los de la primera línea. El sistema indio de fabricación de genéricos tiene una base suficientemente sólida para sobrevivir, pero casi con total seguridad sus precios serán considerablemente más altos, y probablemente se centrarán más en los mercados prósperos, incluyendo la exportación a Estados Unidos.

¿Cómo ha intentado responder la OMC a los problemas de salud?

El acuerdo sobre los ADPIC establece que “los Miembros podrán adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública”, pero en los años subsiguientes a 1995 aumentó la preocupación sobre la manera en que los ADPIC se aplicaban y sobre sus efectos negativos. En 2001, en la Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en Doha, esta preocupación condujo a la “Declaración de Doha”, que reafirmó que:

“... el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el Acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos.

A este respecto, reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad a este efecto...”¹⁶

La flexibilidad particular que la declaración puso de relieve fue la capacidad de todo gobierno de emitir una licencia obligatoria. Mediante una licencia obligatoria el gobierno exige al titular de una patente que otorgue a otros una licencia, si bien se deberá compensar al titular de la patente. Las licencias obligatorias se utilizan ampliamente, a menudo para rectificar prácticas anticompetitivas. En este caso, la motivación sería proteger la salud pública, lo cual no necesita limitarse a una situación de urgencia o de crisis. La licencia obligatoria de un medicamento patentado permite que otro fabricante de medicamentos produzca una copia, o una versión “genérica” de un fármaco, partiendo del supuesto de que una mayor competencia hará que el precio disminuya.

Algunos países en desarrollo, sobre todo la India, China, Egipto y Brasil, tienen fuertes sectores farmacéuticos productores de genéricos. Sin embargo, muchos países no tienen la capacidad y los conocimientos técnicos necesarios para fabricar medicamentos genéricos de alta calidad. La licencia obligatoria solo permite a un país producir medicinas para un uso predominantemente nacional, de forma que no haga bajar los precios del comercio internacional. En vista de ello, la Declaración de Doha reconoció que los países que carecen de la capacidad de fabricar genéricos no podrán hacer gran uso de la flexibilidad que ofrecen los ADPIC e instó a encontrar una solución a este problema antes de finales del año 2002.

Sin embargo, no fue hasta el 30 de agosto de 2003 que se pudo encontrar una solución temporal, por la que se estableció un sistema a través del cual los países importadores pueden declarar sus necesidades y los países exportadores satisfacerlas, bajo la supervisión del Consejo de los ADPIC de la OMC. Este acuerdo conlleva mucho papeleo y trámites burocráticos engorrosos y ha habido una gran controversia respecto a la interpretación de las disposiciones estipuladas. Aún peor: sencillamente ha resultado ser imposible ponerlo en práctica. Ningún país ha podido utilizarlo para importar o exportar medicamentos. Ningún paciente se ha beneficiado de la “Decisión del 30 de agosto”.

La decisión temporal del 30 de agosto no tenía una fecha límite. Por consiguiente, hubiese podido mantenerse indefinidamente hasta que se demostrase que era factible, o se encontrara una solución mejor. Sin embargo, el 6 de diciembre de 2005, con la OMC bajo una fuerte presión política para que lograra algún éxito en los días anteriores a su Conferencia Ministerial de Hong Kong, que no suscitaba gran entusiasmo, se tomó la decisión de convertir la solución temporal en permanente. Se proclamó como un gran paso adelante para el desarrollo, pero no fue para nada así. Esta decisión preservaba un acuerdo que hasta ahora ha sido inútil y cerraba la puerta a la esperanza de encontrar una solución útil.

¿Y aparte de los ADPIC?

Si bien la OMC constituye el único foro mundial de acuerdos comerciales, existen alrededor de 300 acuerdos comerciales bilaterales entre países individuales. Estos acuerdos pueden incluir las llamadas cláusulas ADPIC-Plus, unas normas de protección más estrictas que los ADPIC y que eliminan las flexibilidades que proporciona el acuerdo sobre los ADPIC. Estas cláusulas incluyen:

- la prolongación del tiempo de vida de las patentes a más de 20 años;
- la introducción de pequeñas modificaciones que permiten patentar de nuevo productos conocidos para “nuevos usos”, prolongando así el tiempo de vida de una patente;
- la restricción del uso de las licencias obligatorias;
- la vinculación del registro de medicamentos para uso en un país, que es una medida de seguridad y de control de calidad, al estado de las patentes; y
- la introducción de un período de tiempo de cinco años durante el cual los fabricantes de genéricos no pueden utilizar los datos de los ensayos del producto original para poder registrar el medicamento genérico, aunque este sea idéntico al fármaco patentado. Esto se llama exclusividad de datos.

En sus acuerdos bilaterales, los EE.UU. acostumbran a pedir cláusulas ADPIC-Plus a cambio del acceso que ofrecen al mercado estadounidense. Entre los acuerdos de este tipo que se han firmado recientemente figuran: el Tratado de Libre Comercio (TLC) entre los EE.UU. y Perú, el Tratado de Libre Comercio de Centroamérica con los EE.UU. (CAFTA, por su sigla en inglés), el TLC entre los EE.UU. y Singapur, el TLC entre los EE.UU. y Chile, el TLC entre los EE.UU. y Australia, y el TLC entre los EE.UU. y Marruecos. Es posible que estas cláusulas se introduzcan en los tratados que los Estados Unidos está negociando con los países andinos, Tailandia, Panamá, la Unión Aduanera del África Meridional, Malasia y Corea del Sur. La Unión Europea por ahora no ha incluido cláusulas ADPIC-Plus en sus negociaciones fuera del marco de la OMC. Sin embargo, existe la preocupación de que intente establecer cláusulas de exclusividad de datos en los acuerdos de colaboración económica (ACE) que actualmente está negociando con los países de África, el Caribe y el Pacífico (ACP) y en sus negociaciones con la India y algunos países de América Latina.

En la misma OMC se han exigido cláusulas ADPIC-Plus a países que se han incorporado a la OMC en los últimos años. Además existe una gran presión política internacional para que los países no aprovechen las flexibilidades que ofrecen los ADPIC.

En la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) se está discutiendo un nuevo acuerdo que va más allá de los ADPIC: el Tratado sobre el Derecho Sustantivo de Patentes (SPLT, por su sigla en inglés). De aprobarse, este tratado aumentaría las normas mundiales sobre lo que es una patente y cómo deberían funcionar los sistemas de patentes, lo cual reduciría las flexibilidades disponibles para los países en desarrollo.

Desde el punto de vista positivo, cabe mencionar que recientemente ha habido iniciativas por parte de los países en desarrollo para mejorar el acceso a los medicamentos. En enero de 2006 los países de América Latina se reunieron para hablar sobre la posibilidad de trabajar juntos a fin de producir medicamentos genéricos a nivel local. Por otra parte, en la Organización Mundial de la Salud (OMS), Brasil y Kenya han abierto un debate sobre marcos alternativos de financiación que fomenten la investigación y el desarrollo de medicamentos al mismo tiempo que permitan establecer un mejor equilibrio entre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública.

¿Qué puedo hacer?

Haga campaña para que su gobierno:

- utilice plenamente las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC
- se una al movimiento que busca marcos alternativos que apoyen una investigación en medicina que permita obtener un mejor equilibrio entre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública

En particular, exhorte a su gobierno a:

- emitir licencias obligatorias para los medicamentos esenciales (que incluyan los fármacos para el VIH y el SIDA) cuando haya problemas para acceder a estos medicamentos debido a las restricciones impuestas por las patentes

Inste a su gobierno a NO:

- contraer acuerdos con cláusulas ADPIC-Plus
- imponer acuerdos con cláusulas ADPIC-Plus a otros países

La Alianza Ecuménica de Acción Mundial está empezando a elaborar estudios de caso sobre el impacto de los acuerdos comerciales sobre el acceso a los medicamentos. Si conoce algún ejemplo, por favor háganoslo saber: info@e-alliance.ch.

¹ ONUSIDA & OMS, Progress on global access to antiretroviral therapy: an update on '3 by 5' (Progreso sobre el acceso universal a la terapia antirretroviral: informe de actualización sobre la iniciativa '3 por 5'). Ginebra: ONUSIDA, 2005, p.13 (disponible en inglés)

² Incluido 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)

³ ACNUR, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: informe del Relator Especial, Paul Hunt: apéndice, Misión en la Organización Mundial del Comercio. Consejo Económico y Social de la ONU, marzo de 2004. E/CN.4/2004/49Add.1

⁴ A. Mocroft et al., 'Decline in AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study' (Disminución del SIDA y de los índices de mortalidad en el estudio EuroSIDA: un estudio de observación). The Lancet, vol. 362, Núm. 9377, p. 22 (disponible en inglés)

⁵ Médicos Sin Fronteras, "Preguntas más frecuentes", http://www.msf.es/images/faq_came_tcm3-1368.pdf Núm. 25: ¿Cuánto cuesta investigar y desarrollar un nuevo medicamento?

⁶ Families USA. Off the charts: pay, profits and spending by drug companies (Sueldos, beneficios y gastos de las compañías farmacéuticas). Washington, DC: Families USA, 2001.

⁷ Médicos Sin Fronteras, "Preguntas más frecuentes", http://www.msf.es/images/faq_came_tcm3-1368.pdf Núm. 16: ¿La reducción de precio de los medicamentos en los países pobres puede resultar perjudicial para la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos?

⁸ Médicos Sin Fronteras, La crisis de investigación y desarrollo en el campo de las enfermedades olvidadas. Enero de 2006

⁹ Estadvina (d4T) + lamivudina (3TC) + nevirapina (NVP)

¹⁰ Médicos Sin Fronteras, Untangling the web: una guía para la compra de ARV en los países en desarrollo, 8ª edición, junio de 2005, p. 10

¹¹ Por ejemplo, sustiva (o efavirenz, EFV), lamivudina (3TC), nevirapina (NVP), estadvina (d4T) o zidovudina (ZDV o AZT)

¹² Por ejemplo, abacavir (ABC), didanosina (ddI), lopinavir/ritonavir (LPV/r), nelfinavir (NFV), ritonavir o saquinavir (SQV)

¹³ Médicos Sin Fronteras, "The second wave of the access crisis: unaffordable AIDS drug prices... again" (La segunda ola de la crisis de acceso a los medicamentos: los precios inaccesibles de los fármacos contra el SIDA... otra vez) (disponible en inglés)

¹⁴ Por ejemplo, lopinavir/ritonavir (LPV/r), nelfinavir (NFV), ritonavir o saquinavir (SQV)

¹⁵ Alianza Mundial contra el SIDA, Children left behind (Niños abandonados). Washington DC; Alianza Mundial contra el SIDA, 2006 (disponible en inglés)

¹⁶ Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, adoptada el 14 de noviembre de 2001 por la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en Doha (Qatar). http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

Otros recursos

Campaña para el Acceso a los Medicamentos Esenciales, Médicos Sin Fronteras

<http://www.msf.es/proyectos/come/quees/index.asp>

Médicos Sin Fronteras hace campaña en favor del acceso a los medicamentos esenciales desde 1999. El sitio web de la campaña explica las cuestiones clave y los antecedentes. Las “Preguntas más frecuentes” son muy útiles y se proporcionan enlaces a muchas publicaciones.

Los ADPIC y la salud pública, OMC

http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/pharmpatent_s.htm

La página web de la Organización Mundial del Comercio sobre cuestiones de salud pública y los ADPIC, que incluye enlaces al texto completo del acuerdo.

Atención sanitaria y propiedad intelectual, CPTech

<http://www.cptech.org/ip/health> (principalmente en inglés pero se puede solicitar información en español)

La página web de *Consumer Project on Technology* (Proyecto de Consumidores de Tecnología) constituye un directorio con una amplia gama de recursos sobre estas cuestiones, en el que figuran muchos textos gubernamentales y legales y una lista de contactos de activistas.

Ip-Health

<http://lists.essential.org/mailman/listinfo/ip-health>

Ip-Health ofrece listas de discusiones sobre la propiedad intelectual y cuestiones de salud.

Sesión de estudio detallada sobre propiedad intelectual y derechos humanos

http://www.3dthree.org/pdf_3D/3DPIDHsesioninformeesp.pdf

Informe de una sesión de estudio sobre las repercusiones de las normas de propiedad intelectual en los derechos a la educación, la salud y la economía, y sobre la aplicación de las normas y los mecanismos de derechos humanos para apoyar regímenes de propiedad intelectual más equitativos y orientados al desarrollo.

“Propiedad intelectual, competencia y desarrollo”, Martin Khor, Red del Tercer Mundo

<http://www.twinside.org> (en inglés)

<http://www.redtercermundo.org.uy> (en español)

La Red del Tercer Mundo tiene varios textos, documentos y libros sobre propiedad intelectual y los ADPIC que se pueden obtener a través de su página web.

Patentes y medicamentos, Health Global Access Project (Health GAP)

<http://www.healthgap.org/camp/trade.html> (en inglés)

La página web del Health Gap (Proyecto de Acceso Global a la Salud), una organización de activistas contra el SIDA, basada en los EE.UU., tiene muchas hojas informativas, comunicados de prensa y otros documentos provenientes de sus campañas sobre el impacto de los monopolios de las patentes sobre el acceso a medicamentos asequibles para tratar el VIH/SIDA.

Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC, por su sigla en inglés)

<http://www.tac.org.za/> (en inglés)

Campaña sudafricana que aboga por que todos los sudafricanos tengan un mayor acceso al tratamiento del VIH. TAC desempeñó un papel muy activo contra las empresas farmacéuticas que en el año 2001 intentaron impedir que el gobierno sudafricano concediera una licencia para la producción de medicamentos genéricos.