

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Estudios en Relaciones Internacionales



“Las implicaciones del Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio de la Organización Mundial de Comercio en el tema de los medicamentos genéricos para los países en desarrollo: Los casos de México y Brasil 1994-2005”

Tutor: Dr. Edmundo Hernández-Vela S.

Alumna: Karla Bonilla Aranda.

Octubre de 2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres Rafael Bonilla y Elizabeth Aranda
Con profundo cariño y agradecimiento por
apoyarme y estar conmigo en los momentos más
importantes de mi vida*

*A mi hermano Ricardo y mi abuela por sus innumerables
Muestras de apoyo y afecto, así como sus constantes ánimos y
Pruebas de solidaridad.*

*A mi tutor: el Doctor Edmundo Hernández-Vela con
Un gran cariño, respeto y una profunda admiración
por sus invaluable consejos, su tiempo, su dedicación, su
apoyo y por haber cambiado mi percepción sobre el mundo y haber
hecho más sólido mi compromiso y amor por México y las Relaciones
Internacionales*

*A todos mis maestros y sinodales
Quienes con sus comentarios y
Conocimientos ayudaron a
Enriquecer este trabajo.*

*Dedicado a todos los pueblos del mundo, a la
Gente de los países pobres que son quienes más sufren
Las consecuencias de Acuerdos como el ADPIC y la ambición
De las grandes corporaciones, esperando que un día sean compensados
Con un futuro y un mundo mejor en donde la salud vuelva a ser un
Derecho universal para todos los seres humanos*

ÍNDICE

	página
INTRODUCCIÓN	10
1. La Organización Mundial de Comercio y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio en el caso de la salud	23
1.1. El problema de la polarización de la riqueza y del aumento de la pobreza	23
1.2. La seguridad humana y la salud	26
1.2.1. La seguridad humana ahora	29
1.2.2. La salud: uno de los objetivos del milenio	32
1.2.3. La salud: un mecanismo para la paz	33
1.3. La comercialización de la salud	34
1.3.1. El Consenso de Washington	36
1.3.2. La Carta de la Habana	38
1.3.3. El Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (AGAAC/GATT)	40
1.4. La Organización Mundial de Comercio	48
1.4.1. Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (ADPIC)	59
1.4.2. La importancia de las patentes	62
1.4.3. El ADPIC y la salud	66
1.5. La industria farmacéutica en el mundo	71
1.5.1. El poder de la industria en el mundo	76
1.5.1.1. Fusiones a nivel mundial	79
1.5.1.2. Vínculos políticos, económicos y médicos de las grandes farmacéuticas	80
1.5.1.3. Vínculos entre las farmacéuticas y la política internacional	87
1.5.2. Influencia del neoliberalismo y de las empresas farmacéuticas en el orbe	88
1.5.3. El cabildeo y la presión de las grandes farmacéuticas en la negociación del ADPIC de la OMC	90
1.5.4. El cabildeo a nivel internacional para la creación del ADPIC	94
1.5.5. La expansión de la industria farmacéutica a otros rubros	98
1.5.5.1. Las nuevas fusiones o unidades de negocio	98
1.5.5.2. El desarrollo genético y las farmacéuticas	101
1.5.5.3. La farmacogenómica	105
1.5.5.4. Los intereses de las farmacéuticas en la investigación del genoma humano, la farmacogenómica y en patentar las aplicaciones del genoma	108
1.5.5.5. La utilización de las plantas medicinales en la creación de productos farmacéuticos patentados	112

1.5.5.6. La biopiratería de los países desarrollados como nicho de investigación farmacéutica en los países en desarrollo	115
1.5.6. La influencia del neoliberalismo y de las empresas farmacéuticas en los países en desarrollo y en el orbe	119
1.5.7. La situación de los medicamentos en el mundo	123
1.5.8. El mercado mundial de medicamentos	128
1.5.8.1. La participación de las grandes farmacéuticas en el mercado global	133
1.5.8.2. Producción de medicamentos a nivel mundial	135
1.5.8.3. El crecimiento de las ventas a nivel internacional	136
1.5.8.4. Los mayores mercados y el mayor consumo a nivel mundial	140
1.5.8.5. Canales de comercialización	140
1.5.9. El acceso a los medicamentos	141
1.5.9.1. El consumo a nivel mundial	145
1.5.9.2. Los medicamentos genéricos	146
1.5.9.2.1. Mercado mundial de medicamentos genéricos	149
1.5.9.2.2. Consumo de medicamentos genéricos	153
1.5.9.3. Los medicamentos genéricos y las grandes farmacéuticas	154
1.5.10. Los medicamentos genéricos y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y de Comercio	155
1.5.11. La controversia en torno a los medicamentos genéricos y la propiedad intelectual	166
1.5.12. La situación de los medicamentos genéricos en los países en desarrollo	167
2. El caso de Brasil en torno a los medicamentos genéricos y las implicaciones del Acuerdos de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC)	168
2.1. Generalidades	168
2.2. Reformas estructurales	169
2.3. Las condiciones de pobreza en Brasil	172
2.4. Las condiciones de salud en Brasil	173
2.4.1. Políticas sanitarias	179
2.4.2. La situación en el sector salud en Brasil	180
2.5. La situación de los medicamentos en Brasil	186
2.6. El acceso a los medicamentos	188
2.7. El mercado de medicamentos en Brasil	195
2.7.1. La producción de medicamentos en Brasil	196
2.7.2. El consumo de medicamentos en Brasil	200
2.7.3. Segmentación del mercado y canales de comercialización	201
2.8. La industria farmacéutica en Brasil	202
2.8.1. La presencia de las grandes farmacéuticas transnacionales	207
2.8.1.1. La relación de Brasil con las grandes farmacéuticas	217
2.8.1.2. El poder de las farmacéuticas en Brasil	221
2.8.2. Laboratorios nacionales y Centros de Investigación	222

2.8.2.1. Estrategias de los laboratorios nacionales	229
2.8.2.2. Fusiones a nivel nacional	232
2.8.2.3. Vínculos políticos y sociales de las farmacéuticas nacionales	234
2.8.3. Grupos de poder y presión en Brasil	236
2.8.4. Participación de Brasil en el mercado global: importación, exportación, monto de ventas y producción a nivel nacional	237
2.8.5. La expansión de la industria farmacéutica en los sectores de la farmacogenómica	241
2.8.6. Los intereses de las farmacéuticas transnacionales en la Amazonia y en la explotación de plantas medicinales (biopiratería)	243
2.8.7. Brasil en el contexto farmacéutico latinoamericano y mundial	245
2.8.8. Los medicamentos genéricos en Brasil	246
2.8.8.1. La producción de medicamentos genéricos en Brasil	254
2.8.8.2. Ventas, exportaciones e importaciones de los medicamentos genéricos	256
2.8.8.3. Participación de las transnacionales en el mercado de genéricos en Brasil	261
2.8.8.4. El consumo de medicamentos genéricos	263
2.8.8.5. La participación de Brasil en torno a la crisis del acceso a medicamentos nacional e internacional	265
2.9. Brasil en la OMC	271
2.9.1. La postura de Brasil en torno al ADPIC de la OMC	274
2.9.2. La firma del ADPIC y su entrada en vigor en Brasil	276
2.10. La propiedad intelectual en Brasil	277
2.10.1. El Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI)	279
2.10.1.1. La protección de la propiedad intelectual en los medicamentos	280
2.10.1.1.1. El uso en Brasil de las patentes en las medicinas	281
2.10.1.1.2. La regulación sobre los genéricos	283
2.10.1.2. La ley de patentes en Brasil	284
2.10.1.2.1. Las reformas a la ley de patentes a partir de los Acuerdos de los Aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)	287
2.10.1.2.2. La protección de las patentes de los medicamentos a partir de la entrada en vigor del ADPIC	292
2.10.2. Las implicaciones del ADPIC en Brasil	293
2.10.2.1. Los efectos en materia de salud y las políticas sanitarias	294
2.10.2.2. Los efectos en la población con menos recursos	295
2.10.2.3. Los efectos en la industria farmacéutica nacional	296

2.11. La posición de Brasil con respecto a la aplicación del ADPIC en América Latina	297
2.11.1. El ADPIC y el acceso a los medicamentos en el MERCOSUR	299
2.11.2. La postura de Brasil en el tema de los medicamentos frente al ALCA	304
2.11.3. Coaliciones con los países en desarrollo buscando mejores alternativas	307
3. El caso de México en torno a los medicamentos genéricos y los Acuerdos de Propiedad Intelectual y Comercio	308
3.1. Generalidades	308
3.2. Reformas estructurales	309
3.3. Las condiciones de pobreza	312
3.4. Las condiciones de salud	313
3.4.1. Políticas sanitarias	317
3.4.2. La situación en el sector salud	321
3.5. La situación de los medicamentos en México	328
3.6. El acceso a medicamentos	329
3.7. El mercado de medicamentos en México	329
3.7.1. La producción de medicamentos en México	332
3.7.2. Consumo de medicamentos	334
3.7.3. Segmentación del mercado y canales de distribución	335
3.8. La industria farmacéutica en México	337
3.8.1. La presencia de las grandes farmacéuticas transnacionales	340
3.8.1.1. La relación de México con las grandes farmacéuticas	340
3.8.1.2. El poder de las farmacéuticas en México	341
3.8.2. Las farmacéuticas nacionales y centros de investigación	342
3.8.2.1. Estrategias de los laboratorios nacionales	342
3.8.2.2. Fusiones a nivel nacional	343
3.8.2.3. Vínculos políticos y sociales de las farmacéuticas nacionales	343
3.8.3. Grupos de poder y de presión en México	344
3.8.4. Participación en el mercado global (importación y exportación, monto de ventas y producción a nivel nacional)	345
3.8.5. La expansión de la industria farmacéutica a otros rubros como la farmacogenómica y el uso de plantas medicinales	346
3.8.6. Los intereses de las farmacéuticas en la Selva Lacandona y la biopiratería	347
3.8.7. México en el contexto farmacéutico latinoamericano	348
3.8.8. Los medicamentos genéricos en México	348
3.8.8.1. La producción de medicamentos genéricos en México	349
3.8.8.2. Participación de las transnacionales en el mercado nacional de genéricos	350
3.8.8.3. El consumo de medicamentos genéricos	350
3.8.8.4. La participación de México en torno a la crisis del	351

acceso a medicamentos nacional e internacional	
3.9. México en la OMC	351
3.9.1. La postura de México con respecto al ADPIC de la OMC	352
3.9.2. La firma del ADPIC y su entrada en vigor en México	353
3.10. La propiedad intelectual en México	353
3.10.1. El Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI)	359
3.10.1.1. La protección de la propiedad intelectual en los medicamentos	360
3.10.1.1.1. El uso en México de las patentes	360
3.10.1.1.2. La regulación sobre genéricos	361
3.10.1.2. La ley de patentes en México	362
3.10.1.2.1. Las reformas a la ley de patentes a partir del ADPIC	363
3.10.1.2.2. La protección de las patentes de los medicamentos a partir del ADPIC	364
3.10.2. Las implicaciones del ADPIC en México	365
3.10.2.1. Los efectos en materia de salud y políticas sanitarias	365
3.10.2.2. Los efectos en la población con menos recursos	366
3.10.2.3. Los efectos en la industria farmacéutica nacional	366
3.11. La posición de México con respecto al ADPIC en América Latina	366
3.11.1. El ADPIC y el acceso a los medicamentos en el TLCAN	368
3.11.2. La postura de México en el tema de los medicamentos frente al ALCA	370
3.11.3. Coaliciones con los países en desarrollo buscando mejores alternativas	370
4. Las alternativas para los países en desarrollo después de la entrada en vigor del ADPIC	371
4.1. Propuestas de países en desarrollo para enfrentar la crisis	371
4.2. El caso de India como un ejemplo y una solución viable	374
4.3. Posibles soluciones y prevención de enfermedades	380
4.4. Invertir más en la gente y en la prevención	380
4.5. La seguridad humana como mecanismo para prevenir enfermedades y como un medio para la paz internacional	381
4.6. El futuro de los medicamentos genéricos y de los países en desarrollo en aras del ADPIC de la OMC	382
4.7. Posibles soluciones en el caso de Brasil	382
4.8. Posibles soluciones en el caso de México	383
4.9. El gran reto para los países en desarrollo	384
4.10. Prospectiva internacional	385
5.CONCLUSIONES	389
ANEXOS	404

Anexo I Cuadro de las fusiones de las farmacéuticas transnacionales	404
Fuentes consultadas	407

Introducción

La globalización neoliberal ha hecho más evidente la brecha entre ricos y pobres, lo cual al ser una realidad internacional tiene y tendrá serias repercusiones en diversos aspectos.

Una de ellas sin duda se ubica en las cuestiones de salud a nivel mundial, puesto que a causa de las enfermedades anualmente mueren alrededor de catorce millones de personas, lo que representa más de la cuarta parte de muertes en el orbe. Se calcula que aproximadamente el noventa y siete por ciento de esos decesos ocurre en los países en desarrollo, por las condiciones de pobreza en las que se encuentra la mayor parte de la población, puesto que al no tener acceso a condiciones mínimas de salud ni a medicamentos, se reproducen fácilmente enfermedades contagiosas como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA en adelante), la tuberculosis o la malaria, así como enfermedades que pueden tratarse con medicamentos y nuevos procesos terapéuticos.

La anterior situación puede ser modificada, porque la mayoría de las enfermedades pueden evitarse ya que existen vacunas y medicamentos exitosos que han logrado erradicarlas en países desarrollados; además de que una manera eficiente de resolver el problema es mediante el acceso a medicamentos y a servicios médicos, lo que salvaría la vida de muchas personas. Sin embargo, las condiciones económicas han hecho evidente la diferencia entre conservar la salud o morir.

En la mayoría de las sociedades contemporáneas, la salud se ha convertido en un bien de consumo, sometido a la regulación del mercado, el cual determina las necesidades sanitarias según la ley de la oferta y la demanda.

Dicha condición en 1994 se internacionalizó cuando la globalización y la regulación del comercio se vincularon con mayor énfasis en las cuestiones de salud, lo cual puso de manifiesto que en un futuro, se tendrían repercusiones

sociales de gran envergadura, puesto que al firmarse en ese año el Acuerdo Internacional de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC en adelante) de la Organización Mundial de Comercio (OMC), se estableció la comercialización de la salud y la inaccesibilidad de medicamentos por parte de personas o de países que no tuvieran los recursos económicos para pagar los altos costos, ya que el establecimiento de la protección de las patentes de los medicamentos como una medida para seguir realizando investigaciones, desarrollar nuevas tecnologías y avances científicos en las fórmulas, eleva considerablemente los precios de las medicinas y tratamientos.

Durante las negociaciones del Acuerdo de propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC), las empresas farmacéuticas lucharon por que las patentes de sus medicamentos quedaran protegidas en los países en desarrollo para garantizar sus ganancias económicas.

Dicho contexto propició que surgiera un debate en torno a las millonarias ganancias de las empresas farmacéuticas de los países industrializados en detrimento del acceso a los medicamentos por parte de la población de los países en desarrollo. Puesto que los países, al enfrentar la problemática de que los medicamentos no eran asequibles para su población, comenzaron a producir o a comprar medicamentos genéricos*, los cuales tienen la ventaja de que el precio es mucho menor y el efecto es el mismo que el de los medicamentos patentados, lo que los hace accesibles a la población, razón por la cual las empresas farmacéuticas pugnaron por estrictas leyes que protejan la propiedad intelectual argumentando que es necesario hacerlo para la investigación de nuevos medicamentos. Lo anterior significa que el verdadero problema para las empresas

* Los medicamentos genéricos son copias legales de los medicamentos de marca, que tienen origen ya sea porque las patentes originales expiraron, porque en el país donde se produjeron no estaban protegidas las patentes al momento en que se inventó el medicamento o porque el propietario no solicitó la protección de la patente en el país. Los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto terapéutico en términos de seguridad y eficacia que el del medicamento patentado. Ver. Boulet, Pascale. "La crisis del acceso a los medicamentos y los Acuerdos en materia de Propiedad Intelectual de la Ronda de Uruguay: los pacientes frente a las ganancias" en Rosas, Cristina. *La OMC y la Ronda de Doha: ¿Proteccionismo vs desarrollo?* Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPYS). 2003 p.431.

farmacéuticas es que la fabricación de medicamentos genéricos afecta mucho las ganancias y las ventas de los medicamentos patentados, puesto que la producción de medicamentos genéricos resulta una seria competencia para las farmacéuticas en los países en desarrollo; empero para la población de estos países representa una manera de tener acceso a los medicamentos; y para los gobiernos una manera viable de mejorar las condiciones de salud y lograr que la población y el país que utilizan éstos tengan mayores niveles de seguridad en materia de salud, lo que repercutirá en un mayor desarrollo a nivel nacional, regional e internacional. Lo que evidentemente ha desencadenado un juego de intereses económicos y políticos.

Bajo esta lógica, la producción de medicamentos genéricos se ha vislumbrado como una posibilidad para que la población de los países en desarrollo, especialmente los de América Latina y África, entre otras regiones del mundo, tenga acceso a los medicamentos básicos que les puedan salvar la vida; sin embargo, dichas acciones atentan contra el poder de las empresas farmacéuticas, las cuales defienden la patente de sus medicamentos y establecieron a través de las presiones y el cabildeo que ejercen en sus países, que en el ADPIC se regulara y se estableciera que todos los medicamentos debían de estar patentados; así cuando entre en vigor el ADPIC en los países desarrollados, en desarrollo y en los menos desarrollados, la producción y la utilización de los medicamentos genéricos disminuirá y será minada por la protección de las patentes de los medicamentos, aspecto que elevará notablemente los precios y la población de los países en desarrollo y menos desarrollados tendrá menores posibilidades de acceso a las medicinas. En virtud de lo anterior sólo será posible la disponibilidad de medicamentos genéricos hasta que finalice la patente, mínimo por un período de 20 años.

Esto constituye un verdadero problema, porque contar con versiones genéricas asequibles de los medicamentos podría ser cuestión de vida o muerte en la mayoría de los países en desarrollo y menos desarrollados.

En este sentido, los controles de calidad de los medicamentos genéricos serán muy importantes para que puedan consumirse y distribuirse entre la población garantizando su eficacia, validez, uso terapéutico y control a un bajo precio.

Cierto es que desde la firma del ADPIC en 1994, se han dado grandes avances como el que hubo en la Cuarta Reunión Ministerial en Doha, Qatar, en donde los países en desarrollo lograron añadir en la Declaración relativa al ADPIC y la salud pública sus preocupaciones, puesto que en ésta se establecieron de forma definitiva las necesidades de los países en desarrollo con respecto a ese tema por encima de intereses comerciales, ya que se estipuló que el acuerdo fuera flexible en lo que respecta a este rubro y en particular al derecho de promover y emprender acciones para el acceso a medicamentos, manifestando que la salud no debe convertirse en una mercancía con la que se puede lucrar, a la cual sólo puedan tener acceso las personas con recursos económicos.

Sin embargo, los avances en este tema aún están muy limitados, puesto que las flexibilidades y “consideraciones” para los países se centran en la utilización de salvaguardias y en la posibilidad de que los Estados miembros incluyan en su legislación de patentes excepciones limitadas a los derechos exclusivos de las mismas, en caso de que existan situaciones que afecten a la seguridad nacional y a la salud pública.

Todo lo anterior muestra lo relevante que es este Acuerdo, por las diversas implicaciones que ésta teniendo, pero también evidencia las grandes limitaciones que tiene en lo que se refiere al acceso de medicamentos, ya que no es una solución a largo plazo, puesto que esta disposición internacional, la producción y utilización de medicamentos genéricos está empezando a ser obstaculizada, lo que significa una política restrictiva para la población que no cuenta con condiciones económicas favorables, además de que no representa una verdadera alternativa para la solución de la crisis de medicamentos y servicios médicos, que atentan contra la seguridad internacional y contravienen los esfuerzos para lograr

los Objetivos de Desarrollo del Milenio en pro de la paz y el desarrollo de todos los pueblos del mundo.

En este sentido, puede verse que a pesar de las disposiciones antes señaladas el ADPIC no constituye un mecanismo para el crecimiento de los Estados en desarrollo, ni representa una mejoría para éstos ni para los menos desarrollados en materia de salud, por el contrario muestra una crisis en el acceso a medicamentos, a servicios médicos, a innovaciones químico–farmacéuticas, al derecho que tenemos todos a los avances científicos y a la obtención de versiones genéricas asequibles y efectivas, lo que muestra el interés económico de una elite corporativista y de un oligopolio en detrimento de la salud de más de las dos terceras partes de la población mundial, que representan los países en desarrollo y los más postergados. Ya que con los lineamientos del ADPIC se hacen casi exiguas las posibilidades de producir y consumir genéricos, medicamentos patentados, si no se tiene la capacidad económica para adquirirlos y nulas en un futuro cercano, de que todos y especialmente quienes más lo necesitan tengan acceso a los “fármacos personalizados” basados en conocimientos colectivos y avances científicos para toda la humanidad, como la utilización del genoma humano para la elaboración de dichos fármacos conocido como farmacogenómica, ni la utilización de conocimientos milenarios efectivos a través de la medicina herbolaria, puesto que muchas plantas y recursos naturales, que son patrimonio de la humanidad, en su mayoría se encuentran en los países en desarrollo ya están siendo patentados por las grandes farmacéuticas transnacionales.

Así, bajo este panorama, es muy importante ver cómo dichos acuerdos en el marco de la Organización Mundial de Comercio van a tener implicaciones en los países en desarrollo, en especial en regiones de América Latina y en países como México y Brasil, que son los mercados farmacéuticos más grandes de América Latina, en donde las transnacionales tienen grandes intereses, por lo que pueden negociar con mayores ventajas y establecer condiciones que los beneficien,

además de que ambos por su tamaño e importancia en foros multilaterales poseen mayores márgenes de acción para lograr iniciativas que beneficien a los países en desarrollo y pueden establecer o proponer medidas para el mejoramiento de las condiciones de salud y el acceso a medicinas que vayan acordes con los objetivos de Desarrollo del Milenio y no obstaculicen éstas como lo está haciendo el ADPIC.

Por otra parte, México y Brasil al concentrar grandes cantidades de población en condiciones de pobreza y pobreza extrema y que al ser dos países con mayores posibilidades económicas y políticas que otros países de menor desarrollo, pueden llevar a cabo acciones en sus legislaciones de patentes, políticas sanitarias y de medicamentos, las cuales pueden ser un ejemplo, como lo es el caso de India, o no en la solución de este gran reto, que nos afecta a todos, pero que sin duda tendrá mayores repercusiones en regiones como América Latina, el Caribe y África.

Para los efectos de la investigación se va a utilizar la teoría del neorrealismo político*, porque es la que mejor explica la situación de poder que prevalece en las relaciones internacionales y que incorpora a nuevos actores de las mismas como los son las empresas transnacionales, las cuales tienen gran participación en las decisiones relativas al orbe y son parte fundamental para colocar sus intereses a través de las agendas de los países. Las empresas farmacéuticas responden a las características antes mencionadas y han llevado a cabo acciones específicas de gran envergadura para todos los países del mundo y especialmente para los países en desarrollo. Es por eso que el marco teórico se hará a través del neorrealismo, por ser la teoría de Relaciones Internacionales que mejor explica la articulación de estos nuevos actores con el actor por excelencia que es el Estado, además de que explica cómo las empresas transnacionales articulan sus recursos

* El neorrealismo político establece que en la Sociedad Internacional prevalece una anarquía, en donde existe una lucha de poder entre los miembros de la misma, por ser un requisito para llevar a cabo sus acciones. Se reconoce como actores principales al Estado, pero se incorpora a nuevos como los organismos internacionales, a las organizaciones no gubernamentales y a las empresas transnacionales. Cuadra, Héctor. Clase de Teoría de las Relaciones Internacionales I. Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. 9 de septiembre de 2003. Ver Burchill, Scott "Realism and Neo-realism". Burchill Scott et al. *Theories of International Relations*. Deakin University, 1996. p.88

y poder para preservar sus intereses en todo el planeta, a través de sus gobiernos y amparados por éstos en los organismos internacionales, específicamente en la Organización Mundial de Comercio.

Por otra parte, es importante señalar que la utilización del liberalismo y del neoliberalismo han sido descartadas en el estricto sentido teórico para la investigación porque ambas teorías establecen que en la Sociedad Internacional prevalece un orden y que los Estados crean instituciones para mantener un control y equilibrio entre los países que conforman la sociedad internacional. De igual manera se considera que la cooperación internacional es el medio para resolver los conflictos y que ésta debe de prevalecer para mantener el orden, puesto que no consideran que el poder sea el motor de las acciones de los estados; como se ve, dicho marco teórico no responde a las necesidades del tema, ni tiene la misma visión sobre la realidad del problema que se está investigando, puesto que no reconoce el uso del poder como un mecanismo de vital importancia en las relaciones internacionales ni que los actores de la sociedad Internacional hacen cualquier cosa para obtenerlo y preservarlo, así como sus intereses y que claramente muestran las farmacéuticas transnacionales llevando a cabo acciones específicas para implicaciones sociales en los países más pobres a corto, mediano y largo plazo, lo que desestabilizará el desarrollo mundial. mantener su poder e intereses a pesar de todo y a costa de las poblaciones de los países en desarrollo y menos desarrollados.

El neoliberalismo como política económica, será utilizado para ver la lógica del capitalismo que impera y como ha repercutido en el debilitamiento del Estado de bienestar y la comercialización de la salud, además de ser un referente indispensable que ha puesto de manifiesto sus consecuencias a través del ADPIC, el cual ha perpetuado e internacionalizado la esencia del neoliberalismo que es considerar todo como mercancía y ha hecho lo mismo con la salud creando fuertes implicaciones sociales en los países más pobres a corto, mediano y largo plazo, lo que desestabilizará el desarrollo mundial.

De igual manera es vital para entender la función del sistema multilateral para articular las bases por medio de Acuerdos internacionales como el de la Propiedad Intelectual para seguir manteniendo el neoliberalismo a costa de la población mundial y en especial de la más vulnerable que está en los países en desarrollo y menos desarrollados, puesto que acuerdos como el ADPIC no benefician a la población de éstos países ni a los Estados no industrializados sino a las elites de los países industrializados que son quienes promueven este tipo de iniciativas a nivel local, nacional, regional e internacional para garantizar y proteger los intereses de sus empresas y no el desarrollo y el crecimiento de las poblaciones de los países postergados, donde se están viendo las implicaciones de dichas acciones en resultados que no son favorables ni ofrecen oportunidades sino todo lo contrario.

La investigación está dividida en cuatro capítulos, el primero que es La Organización Mundial de Comercio y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y de Comercio en el caso de la salud versa sobre cómo los distintos cambios económicos propiciaron la creación del Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio, el cual nació como iniciativa de grupos de poder específicos como las grandes farmacéuticas y de cómo éstas articulan el poder que tienen al interior de sus Estados para cabildear e incluir en las agendas y acciones de sus países sus intereses, para posteriormente actuar en el exterior con todos los mecanismos políticos y económicos que tienen, para poder tener condiciones privilegiadas en los países en desarrollo y menos desarrollados, llevando a cabo su poder para limitar la producción de medicamentos genéricos y preservar su oligopolio.

El segundo capítulo hace referencia a la situación de la pobreza y las condiciones de salud en Brasil, la industria farmacéutica nacional, la presencia de las grandes farmacéuticas transnacionales y cómo ha tenido implicaciones en ese país la firma y entrada en vigor del ADPIC y qué modificaciones se han hecho a la ley de propiedad intelectual para proteger los medicamentos, así como las diversas repercusiones que las acciones del gobierno brasileño y la adopción de éste

Acuerdo han tenido en la población más vulnerable y ver que es lo que se está haciendo para resolver dicha situación y garantizar a los brasileños mejores condiciones de salud y acceso a fármacos, tratamientos y procesos quirúrgicos. Así mismo, también se analiza cual ha sido la postura de Brasil en este tema en el contexto internacional y las acciones conjuntas que ha tenido con otros países para proponer soluciones viables.

El tercer capítulo es sobre el caso de México y las implicaciones que ha tenido el ADPIC en el tema de los medicamentos genéricos y los de patente, analizando las condiciones de salud, las políticas sanitarias, los niveles de pobreza, el mercado farmacéutico en el país y la industria farmacéutica nacional. De igual manera, se aborda la relación que México tiene con las grandes farmacéuticas transnacionales, la influencia que tienen, los laboratorios nacionales y los centros de investigación que existen a nivel nacional. Por otra parte, se analiza las acciones del gobierno mexicano para garantizar y facilitar el acceso a servicios médicos y medicamentos a su población; tomando en cuenta las modificaciones que se han hecho a la ley de propiedad industrial para regular las patentes en materia de salud.

El cuarto capítulo es acerca de las alternativas para los países en desarrollo después de la entrada en vigor del ADPIC, considerando las distintas propuestas que éstos países han hecho para enfrentar la crisis del acceso a medicinas asequibles, para lo cual, el caso de India se aborda como un ejemplo y una solución viable, denotando los aspectos favorables que se deben de tomar en cuenta en los Estados en desarrollo como México y Brasil y evitando los errores o fracasos que India tuvo, en este sentido se proponen posibles soluciones, así como el hecho de invertir más en la población, mediante políticas sanitarias públicas efectivas y la adopción de la Seguridad Humana en materia de salud como un mecanismo para prevenir las enfermedades y un medio para evitar conflictos a mediano y largo plazo que puedan desestabilizar la paz y la seguridad nacionales, regionales y mundiales. Finalmente se analiza el futuro de los

medicamentos genéricos y de los países en desarrollo después de la entrada en vigor del ADPIC, para lo que se proponen posibles soluciones en el caso de México y Brasil, enfatizando que es un gran reto no sólo para los países en desarrollo y menos desarrollados sino para toda la humanidad por que éste acuerdo condiciona el derecho universal a la salud, por lo que se hace una prospectiva internacional analizando la situación y sus consecuencias en los años venideros, atentando contra la paz, la seguridad internacionales y un futuro mejor.

Los objetivos generales de la investigación son conocer, analizar y estudiar que es el Acuerdo de Propiedad Intelectual y de Comercio (ADPIC) en lo referente a la salud, qué significa en el sistema capitalista, si responde a las necesidades de la comunidad internacional y si representa una mejoría para los países en desarrollo.

Los objetivos particulares de la presente investigación son conocer, estudiar y analizar:

- ✓ Si el ADPIC ha sido benéfico para las políticas de salud en países en desarrollo, específicamente en México y en Brasil.
- ✓ Si las medidas que han tomado México y Brasil, respetando el ADPIC, han logrado que su población tenga acceso a medicamentos y a mejores condiciones de salud evitando que se antepongan las ganancias económicas de las farmacéuticas transnacionales, en detrimento de la salud y mortandad de su población.
- ✓ Qué tanto las flexibilizaciones y excepciones del ADPIC siguen teniendo obstáculos y candados para el acceso de medicamentos a las poblaciones de los países más marginados.
- ✓ Si en realidad el ADPIC representa una verdadera solución a la crisis de los medicamentos y de las condiciones de salud a nivel mundial o si sólo son políticas económicas de elites corporativas o grupos de poder que buscar preservar sus ganancias a través de la lógica capitalista imperante.

- ✓ Si constituye un mecanismo para el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida de los países o si atenta contra éstos y coarta el derecho universal e inalienable a la salud de todas las personas.

Con base en los objetivos anteriormente mencionados se plantean las siguientes hipótesis general y las hipótesis por capítulo.

La hipótesis general propuesta en la investigación es que el Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el comercio no representa una mejoría para los países en desarrollo en materia de salud, por el contrario muestra una crisis en el acceso a medicinas de patente y notables restricciones con respecto a los genéricos, estableciendo la dinámica de preponderar las ganancias económicas de las empresas farmacéuticas de los países industrializados en detrimento de la salud de la población mundial y en especial de los Estados subdesarrollados, al hacer casi exiguas las posibilidades de comprar puesto que las excepciones o flexibilidades que se acordaron en el seno de la OMC en agosto de 2003 para la producción y consumo de genéricos por parte de los países en desarrollo y menos desarrollados no es una solución sino una clara limitación que no resuelve la problemática por el contrario la agrava, puesto que no es una alternativa a corto ni largo plazo ya que evidencia la rigidez del acuerdo y el beneficio de sectores y grupos de presión muy fuertes y específicos como las farmacéuticas, que son quienes pueden hacer uso de tales especificaciones, lo que significa que la situación se hará más complejo en los años venideros, cuando no nada más sean los medicamentos sino las medicinas personalizadas a través de la farmacogenómica, las modificaciones y el estudio del genoma humano, así como el de las plantas y especies vegetales.

Así, las implicaciones que tendrá para México y Brasil van a ser muy grandes, porque en el caso de México la estrecha relación con Estados Unidos va a crear mayores beneficios para las farmacéuticas transnacionales que para la población y el mejoramiento de condiciones de salud. En tanto que para Brasil las presiones

de las farmacéuticas serán muy fuertes pero no a costa de la salud de su población, pero si minando las posibilidades de producción, exportación y consumo de medicamentos genéricos.

Las hipótesis por capítulo son las siguientes: la del primer capítulo referente a la Organización Mundial de Comercio y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio en el caso de la salud, establece El ADPIC no es un acuerdo benéfico para los países en desarrollo en materia de propiedad intelectual ni mucho menos en salud, puesto que los países industrializados son quienes mayores patentes producen y por eso necesitan protegerlas para preservar sus intereses oligopólicos en los países en desarrollo y menos desarrollados restringiendo el acceso a medicamentos a quienes puedan pagarlos y limitando la producción de genéricos para seguir manteniendo el control del mercado, incrementando sus ingresos a costa de las poblaciones con menos recursos. Así el ADPIC preserva los intereses, legaliza la comercialización de la salud e incentiva la polarización de la riqueza.

La hipótesis del segundo capítulo establece que la situación nacional de Brasil en materia de salud incentivará la producción de medicamentos genéricos por una parte, pero por otra, las diversas acciones que tiene éste país con respecto a los medicamentos propiciarán que las grandes farmacéuticas transnacionales bajen notablemente los precios para no perder el mercado que tienen en Brasil, empero no extinguirán la producción de medicamentos genéricos por el contrario se fortificará.

Con respecto a la hipótesis del tercer capítulo, se plantea que en México, la producción de medicamentos genéricos se extinguirá paulatinamente debido a las fuertes presiones de las farmacéuticas, pero al ser el principal mercado en América Latina, los costos se reducirán pero no tanto ni de forma tan benéfica para la población como en otros países, ya que las empresas ejercen gran presión y tienen mucho poder en el país, por eso iniciativas para impulsar los medicamentos genéricos son rechazadas. Además de que el Tratado de Libre

Comercio de América del Norte (TLCAN) y la postura del actual gobierno benefician a éstas empresas transnacionales, razón por la cual en México no se llevará a cabo una política nacional en pro de los medicamentos genéricos para otorgar a la población mayor acceso a fármacos esenciales.

La hipótesis del último capítulo es que las excepciones o flexibilidades del ADPIC que se acordaron para la producción, importación, exportación y consumo de medicamentos genéricos por parte de los países en desarrollo y menos desarrollados están restringidas y tienen muchos obstáculos para su uso y limitan el acceso a medicamentos y sólo mediante la coaliciones fuertes de países en desarrollo y la modificación real de dicho acuerdo por parte de los Estados del sur en el seno de la OMC pueden lograr parar la fuerza de las farmacéuticas y de las elites corporativas fortaleciendo una política y producción de medicamentos genéricos que abastezca las necesidades de sus poblaciones y que pueda lograr que cesen las muertes por enfermedades prevenibles y erradicadas en países industrializados para los cuales existen tratamientos y se evite la comercialización de la salud que puede atentar contra la paz y la seguridad internacionales.

Con respecto a los objetivos y las hipótesis planteadas se determinó abordar la investigación desde la aplicación del método deductivo, partiendo de lo general a lo particular para lo cual se estructuró la investigación en el orden anteriormente descrito, para entender todo el contexto general y analizar los casos particulares de México y Brasil.

1. La Organización Mundial de Comercio y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio en el caso de la salud

La creación de la organización Mundial de comercio ha significado cambios importantes en la economía internacional que han abordado temas que antes no se consideraban relacionados con el comercio, uno de ellos sin duda, es la Propiedad Intelectual, la cual se establece como un mecanismo para el desarrollo, sin embargo, desde la creación del Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio se ha vinculado a aspectos como la salud, en donde la protección de las patentes de las medicinas ha repercutido en la limitación para el acceso a fármacos por parte de las poblaciones de los países pobres y en desarrollo. Así, el presente capítulo trata sobre cómo se gestó ésta problemática y qué representa en las relaciones internacionales contemporáneas.

1.1. El problema de la polarización de la riqueza y del aumento de la pobreza.

La economía internacional ha experimentado significativas transformaciones a lo largo de la historia; el desarrollo de los mercados, el flujo de capitales, la división del trabajo, las transacciones comerciales y el avance tecnológico son algunos de los factores que están presentes en la economía mundial actual.

El colonialismo y la expansión territorial han sido claras manifestaciones de la búsqueda de beneficios comerciales, de la ampliación de los mercados, del aumento de las ganancias, de fuertes intereses financieros y de la clara relación dominio-subordinación en el orbe.

Por lo anterior es claro que las fuerzas económicas y el poder siempre han sido una constante en las relaciones internacionales; lo que muestra el por qué a lo largo de la historia los procesos económicos y las relaciones comerciales han tenido persistentes variaciones, aspecto que ha representado características

específicas para cada época. Así, la dinámica de los intercambios de mercancías, los flujos de materias primas, bienes, servicios, gente y la movilidad y la liquidez del capital son referentes determinantes en cada ciclo económico. La actividad comercial se ha convertido en un símbolo que distingue a las sociedades y por ende las condiciona.

El sistema mundial moderno se ha integrado con base en la distribución del poder y en la relación entre los países industrializados y en desarrollo, en donde los primeros buscan incrementar sus beneficios reduciendo sus costos, lo cual logran a costa de los segundos, quienes a su vez participan en los procesos productivos de esos países y dependen de la industria de los Estados desarrollados. Aspecto que propició el surgimiento del hambre y la pobreza extremas. Empero hay que reconocer que si existe hoy en día una división entre países industrializados y subdesarrollados, es porque la riqueza de los hoy países postergados alimentó y soportó el desarrollo de los industrializados. Es elemental, para que exista y se mantenga el sistema capitalista ha tenido que existir siempre un débil explotado y un fuerte que determine las condiciones para explotarlo, puesto que el mercantilismo y el capitalismo han utilizado las materias primas, los recursos naturales y la mano de obra de “pueblos no industrializados” para incentivar la industrialización y el desarrollo de los “países avanzados”.

Bajo la lógica anterior se puede entender que “el sistema mundial moderno haya sido el primero en organizarse y consolidarse como una economía capitalista mundial, el cual ha sido funcional por la división del trabajo y la acumulación del capital”¹.

En este contexto los Estados desarrollados han utilizado diversos mecanismos para la apertura comercial e imposición de condiciones comerciales a otros países pero ellos mantienen sus economías cerradas o aplican diversas barreras.

¹Immanuel, Wallerstein. “La estructura interestatal del sistema mundial moderno” en Smith, Steve et al. *The Globalization of World Politics*. Oxford University Press, 1997. pp.87- 90

En general, el “nuevo orden económico internacional”, los grandes cambios financieros y el sistema multilateral de comercio han incentivado y mantenido el sistema capitalista que prevalece hoy en día; no obstante, hay que resaltar que durante los años noventa eventos como el término de las negociaciones comerciales multilaterales de la Ronda Uruguay y del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (AGAAC/GATT), el nacimiento de la Organización Mundial de Comercio y la aparición de nuevos temas en el ámbito comercial han incentivado las tensiones en las relaciones comerciales entre los países desarrollados y en desarrollo, en donde las diferencias y las desigualdades han sido evidentes.

Una de ellas, por ejemplo, ha sido el acelerado aumento de la pobreza, la desigualdad y el hambre en todo el mundo. La brecha se ha vuelto cada vez más grande en un lapso de 30 años y las condiciones sociales en general en todo el mundo han sido deterioradas. Empezaron a aparecer “conceptos nuevos” como la pobreza extrema y se dio un fenómeno con una gran magnitud no vista con antelación que fue la polarización de la riqueza; el mundo, el comercio, el desarrollo y la ciencia avanzaban y con ellos las desigualdades y la pobreza; aparecieron los grandes monopolios y las empresas transnacionales consolidaron su fuerza y alentaron la explotación y sus ganancias, empezaron a ser consideradas por sus gobiernos como actores importantes por el gran número de ingresos que tenían y así se convirtieron en artífices de las decisiones referentes al orbe, así empezaron a tener presencia en foros multilaterales como el AGAAC/GATT .

Todo lo anterior, estuvo presente en el AGAAC/GATT y esto conllevó a la búsqueda de un “sistema multilateral de comercio más equitativo, en el que prevalecieran condiciones idóneas tanto para los países desarrollados como para los en vías de desarrollo”, así como a la reducción de aranceles y el establecimiento de normatividad internacional en sectores como el agrícola y el textil, sin mencionar la inclusión de rubros como la propiedad intelectual.

Sin embargo, a pesar de las buenas iniciativas, la nueva organización encargada de llevar a cabo éstas, se encontraría con grandes desafíos a vencer y con un sistema multilateral del comercio cada vez más complejo.

1.2 La seguridad humana y la salud

Precisamente, una de las complejidades de dicho sistema es que enfatiza las ganancias y los intereses comerciales sin importar las repercusiones en el ámbito social y a que se considera que todo puede ser regulado mediante la ley de la oferta y la demanda. En este sentido, con los cambios económicos y con el establecimiento de políticas neoliberales, muchos Estados han dejado de proporcionar a sus poblaciones un estado de bienestar, ya que algunas de las obligaciones como dar seguridad social, lograr que las personas tengan educación gratuita, la obtención de servicios como agua potable, luz y drenaje, así como asistencia médica han sido relegadas en muchos países y las empresas han empezado a proporcionar estos servicios a cambio del pago por ellos, lo que muestra una contradicción sustancial entre los postulados que enuncian que los Estados son los responsables de garantizar estas condiciones para el bienestar de sus pueblos.

De igual manera, las declaraciones sobre Derechos Humanos han perdido validez y vigencia, porque a pesar de su existencia la aplicación de éstos depende de los recursos económicos de las personas y en los países en donde residen. Lamentablemente esto no tendría que ser, al contrario con la evolución y el tiempo las personas deberían de tener mejores condiciones y calidades de vida.

Ante tal panorama, la Organización de las Naciones Unidas por medio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elaboró un concepto conocido como seguridad humana que surgió en el Informe de Desarrollo Humano de 1994 del PNUD, dicho concepto es definido como el que refiere que

“la gente puede ejercer las opciones que surgen en el desarrollo humano, el cual vincula elementos como la seguridad y la libertad. En una acepción más amplia, la seguridad humana es una preocupación universal que atañe a la gente de todo el mundo, tanto en países ricos como en países pobres y sus componentes son interdependientes. La seguridad humana está centrada en el ser humano, se preocupa por la forma en que la gente vive y respira en una sociedad, la libertad con que puede ejercer diversas opciones, el grado de acceso al mercado y a las oportunidades sociales y la vida en conflicto o en paz”².

De conformidad con la definición del PNUD, la seguridad humana comprende dos aspectos principales: “1) la seguridad de amenazas crónicas como el hambre, la represión y la enfermedad y 2) Protección de alteraciones súbitas y perjudiciales de la vida cotidiana”³.

Los componentes de la seguridad humana son siete: 1) la seguridad económica, en donde se deben asegurar los ingresos básicos y los recursos suficientes para vivir; 2) la seguridad alimentaria, en donde se estipula que toda la gente debe de tener acceso a la alimentación básica; 3) seguridad en materia de salud que se refiere a tener cubiertas todas las necesidades para mantener la salud como son: que todas las personas deben de tener acceso a los servicios de salud, vivir en condiciones salubres, derecho a evitar la muerte por infecciones que pueden ser combatidas con tratamientos eficientes y de calidad, así como el acceso a medicamentos, tratamientos, infraestructura óptima en instalaciones médicas y servicios médicos; 4) seguridad ambiental, es el aspecto que comprende un medio ambiente favorable y sano para el desarrollo y supervivencia de los individuos; 5) la seguridad personal que se refiere a que las personas no deben de tener amenazas como la violencia física y mental, la agresión y el ataque de pandillas; 6) la seguridad de la comunidad y la seguridad cultural que establece los derechos a la diversidad cultural y derecho a tener seguridad en su comunidad y no ser amenazados por elementos que atenten contra su estabilidad y la armonía en su comunidad; y 7) la seguridad política que señala que todos los individuos deben

² Hernández-Vela Salgado, Edmundo. *Diccionario de Política Internacional*. Editorial Porrúa. México, 2002. Tomo II. p. 1091.

³ PNUD; “Nuevas dimensiones de la seguridad humana”, *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Cultura económica, México, 1994. p. 32

de tener derechos electorales y políticos, ejercerlos y vivir en un ambiente político equitativo.

En este punto es muy importante resaltar que la seguridad humana busca que todas las personas tengan condiciones idóneas de desarrollo humano y un mejoramiento en los niveles de vida; con respecto al ámbito de la salud, la seguridad humana establece que se deben satisfacer las condiciones mínimas de salud para que las personas puedan tener un desarrollo favorable, y aunque esto es lo óptimo y deberían de establecerse leyes junto con actividades que garantizaran las condiciones de Seguridad Humana y de salud especialmente, a todas las personas, la realidad es muy distinta, puesto que, aunque la seguridad humana en materia de salud estipule estos principios, no deja de ser una recomendación que los países pueden adoptar o no si así lo desean.

En lo que se refiere a la seguridad humana en materia de salud, sigue prevaleciendo el número de personas que tienen inseguridad en ésta materia porque sus Estados no pueden garantizar la atención de todas sus necesidades médicas, razón por la cual sigue creciendo el número de personas que no tienen acceso a medicamentos ni a tratamientos y la muerte de mucha gente por las diversas enfermedades contagiosas para las que paradójicamente existen procesos terapéuticos y fármacos efectivos que podrían salvarles la vida; sin embargo, todas esas personas que mueren y las que están a punto de hacerlo, no tuvieron ni tendrán acceso a los servicios de salud ni a los medicamentos porque, como se mencionó anteriormente, impera la comercialización de la salud, donde sólo quienes tienen la capacidad económica para pagar los altos costos de las medicinas y de los tratamientos, así como de los servicios de salud, son quienes pueden tener seguridad en materia de salud. Aun así, en la mayoría de los casos, la gente pobre o con menos recursos es la que padece más esta situación, ya que muchas enfermedades que pueden prevenirse y por las que más gente muere están relacionadas con la pobreza y por no tener el dinero suficiente para la compra de medicinas que les salven la vida.

Así, la salud se ha convertido lamentablemente en un bien de consumo limitado por las diversas reglas que imperan en el mercado como el aumento excesivo en los costos de las medicinas y toda una política de comercialización de la salud de los seres humanos, que es determinada por la capacidad económica que se tenga, que hace caso omiso a las necesidades de las personas y a la seguridad humana en materia de salud, cuando debería ser a la inversa.

Lo anterior es una muestra de iniciativas que pretenden que todas las personas de todos los países tengan mejores condiciones de vida y que esto evite o prevenga condiciones de conflicto o que representen un terrible problema en los próximos años, como ha sido la pandemia del SIDA, el aumento del hambre o la polarización de la riqueza, ya que la seguridad humana puede ser un mecanismo para la prevención y para que los Estados den a sus poblaciones mejores condiciones de vida.

1.2.1. La Seguridad Humana Ahora

El concepto de seguridad humana ha evolucionado en los últimos años y esto obedece a que la seguridad de las personas de todo el mundo está interrelacionada, ya que con “la liberalización y la democratización políticas y económicas se han abierto nuevas oportunidades pero también nuevas fallas como la desestabilización política de los Estados y los diversos conflictos al interior y al exterior de sus fronteras”⁴; el aumento de la violencia, de la muerte de millones de personas a causa de las enfermedades, las guerras y la pobreza han puesto de manifiesto que se tiene que trabajar para el mejoramiento de la vida de las personas, de sus países y del mundo.

Ante tales circunstancias se determinó en junio de 2001 bajo iniciativa del Gobierno japonés la conformación de una Comisión de Seguridad Humana para

⁴ *Esbozo del Informe de la Comisión de Seguridad Humana.* Comisión de Seguridad humana, Naciones Unidas, Nueva York, 2003. p.1

la aplicación de políticas y acciones efectivas de la seguridad humana “fortaleciendo y aunando los esfuerzos para hacer frente a cuestiones tales como el conflicto y la privación”⁵, para la redefinición del concepto y para divulgarlo como un mecanismo esencial para la prevención de los diversos males de la humanidad y como “una respuesta para los desafíos de la Sociedad Internacional, para que las políticas y las instituciones de todos los países respondan a las diversas inseguridades humanas que existen de una manera más firme e integrada, ya que el Estado continúa siendo el principal responsable de la seguridad, por lo que la atención de éste debe ampliarse e incorporar otros actores que ayuden a mantener la seguridad humana de las personas”⁶.

Para lograr esto la Comisión de Seguridad Humana determinó que los Estados mediante la cooperación internacional tenían que unirse para afrontar los diversos retos y lograr dirimir problemáticas internacionales que amenazan la supervivencia humana. “La seguridad humana significa proteger las libertades vitales. Significa proteger a las personas de las amenazas y a ciertas situaciones, robusteciendo sus aspiraciones y su fortaleza. También significa crear sistemas que faciliten a las personas los elementos básicos de la supervivencia, dignidad y medios de vida”⁷. La comisión de la Seguridad Humana determina que para ejercer las distintas libertades que proporciona éste concepto se deben de llevar a cabo dos estrategias generales: protección y realización del potencial, dichas estrategias parten de que la protección aísla a las personas de los peligros, al elaborar normas, procesos e instituciones que se ocupen sistemáticamente de las inseguridades; en tanto que la realización del potencial permite a las personas realizar su potencial y participar plenamente en la toma de decisiones, para llevar a cabo acciones y las opciones que más les convengan.

Lo anterior muestra que la aplicación de la seguridad humana a nivel nacional e internacional puede limitar las fuertes implicaciones sociales que el modelo

⁵ *Ibidem* P.2

⁶ *Idem*

⁷ *Idem*

neoliberal está generando, especialmente en términos de salubridad, educación y servicios sociales en general. Lo novedoso de la seguridad Humana y lo que es la esencia de su redefinición es que “complementa la seguridad estatal, promueve el desarrollo humano y realza los derechos humanos al centrarse en las personas”⁸.

En esta redefinición, la salud es considerada como uno de los derechos más importantes y una de las necesidades que deben de ser garantizadas por el Estado por medio de la seguridad humana, pero también enuncia la realidad que todos conocemos, que la salud “no es distribuida equitativamente”, puesto que en los lugares donde hay escasez de condiciones salubres es vulnerada. Lo terrible de esta situación es que “según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 40% de las 56 millones de muertes anuales se pueden prevenir” y los Estados deben de establecer todas las condiciones para asegurar la salud de sus poblaciones y poner a su disposición los medios para mantenerla.

La Comisión de Seguridad Humana determina que la salud es un derecho universal que debe de respetarse, no limitarse por las condiciones económicas y que la acción conjunta de la seguridad estatal y la seguridad humana son los medios para garantizarla.

De igual manera, la Comisión establece que la salud es un elemento indispensable para la seguridad, porque implica el bienestar físico, biológico y mental de los seres humanos para la supervivencia y para lograr los demás aspectos relacionados con la vida. Pero enfatiza que a pesar de los progresos científicos alcanzados en materia de salud, “22 millones personas murieron en el 2001, víctimas de enfermedades que hubieran podido prevenirse, sin embargo se debe de actuar para que no siga existiendo una proliferación de enfermedades infecciosas y las privaciones en materia de salud dimanantes de las condiciones de pobreza y de la violencia a nivel mundial”⁹, por lo que se exhorta a los Estados

⁸ *Idem*

⁹ *Ibidem* p.3

a que todos los agentes de la salud para fomentar los servicios en dicha materia como un bien público. Buscando medios de prevención y de mejoramiento de las condiciones, incluyendo el acceso a la información para “eliminar las causas básicas de la mala salud, proporcionando servicios de alerta temprana para mitigar consecuencias sanitarias que son resultados de las crisis, facilitar el acceso a medicamentos para tratar enfermedades de vida o muerte en los países en desarrollo, establecer un régimen de derechos de propiedad intelectual equitativo a fin crear un equilibrio entre los incentivos a la investigación y desarrollo garantizando a las personas acceso a medicamentos a un precio asequible”¹⁰.

Así, la salud es uno de los componentes de la seguridad humana, ya que sin ésta última no se pueden dar las demás condiciones y por su interrelación puede ser afectada por varios factores, por lo que la propuesta de la Comisión de crear una propuesta de acciones conjuntas por parte de los Estados y a través de la ONU, aplicando la seguridad humana en esta materia, aspecto que es vital para lograr que la salud siga siendo un derecho universal y no un bien de consumo.

1.2.2. La salud: uno de los objetivos del milenio

La salud ha sido considerada uno de los objetivos del milenio porque es un aspecto en el que existen serias deficiencias, que implican un desequilibrio internacional que puede afectar el desarrollo y el crecimiento de todos los países del mundo, para lo cual se considera que con la aplicación de los grandes avances científicos se podrían evitar muchas muertes, sin embargo en ninguna época ha estado tan vinculada la salud con la capacidad económica y eso representa serias desigualdades y la muerte de millones de personas a causa de enfermedades para las que existen medicamentos eficientes. Por eso la salud al ser considerada como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que

¹⁰ *Ibidem* p.4

se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”¹¹.

Por lo anterior, representa uno de los objetivos del milenio, porque además la salud es una condición necesaria para la existencia del desarrollo y crecimiento de los Estados.

1.2.3. La salud: un mecanismo para la paz

Con el informe de la Comisión de la Seguridad Humana y con la búsqueda para cumplir las metas del milenio, se determinó que la salud además de ser un derecho universal que no debe ser vulnerado por la ausencia de capacidades económicas ni por la falta de acciones estatales se estipulo que es un elemento de vital importancia no sólo para el crecimiento de los Estados sino como un mecanismo de paz que puede permitir la seguridad internacional, ya que si existen grandes enfermedades y una total ausencia de servicios de salud y acceso a medicinas, no sólo no podrá haber desarrollo, sino que eso debilitará a un país, porque la gente empezará a exigir condiciones para el mejoramiento en materia de salud de sus familias y eso podría provocar a mediano y largo plazo un conflicto nacional y regional que desestabilizara a muchos Estados, así como la paz y seguridad internacionales.

Por tal motivo es imperante trabajar en mejores condiciones de salud para la población de todos los países del orbe, pero especialmente para los que tienen menos oportunidades como los que son menos desarrollados o los que están en

¹¹ Definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Carta de la Organización Mundial de Salud*, 1948, Naciones Unidas, Nueva York. p.1

vías de desarrollo, para utilizar el concepto de salud como un mecanismo para la construcción de la paz.

1.3. La comercialización de la salud

Si bien la continua existencia de una “economía mundo”¹², alentada por la división del trabajo y la acumulación del capital significaba una manifestación clara del capitalismo, debe decirse, que cuando la Unión Soviética hizo implosión y cayó el muro de Berlín, el capitalismo adoptó una postura errónea, que no merecía, puesto que nunca se llevó a cabo una confrontación bélica entre Estados Unidos y la Unión Soviética, en la cual el superviviente se erigiría como el “gran ganador” y su ideología económica prevalecería. En este caso el capitalismo se proclamó como el vencedor, así se le dio mayor importancia a los aspectos económicos y se intensificó la exaltación del individuo como lo más significativo del sistema, en donde sólo importan las necesidades de éste y no las de una sociedad.

Así, el modelo neoliberal y las reformas estructurales comenzaron a incentivar la apertura de los mercados, a incrementar más los ingresos y la acumulación del capital; bajo ésta tónica empieza a destacar la idea de que se ha llegado a la “era de la globalización” en donde prevaleció el supuesto que se tenían que llevar a cabo reformas en los países porque se tenía que ser consecuente con la realidad de que el mundo estaba cambiado, así como el orden económico internacional y que se tenían que adoptar “nuevas políticas” como el libre mercado, la no intervención del Estado, “la integración económica” y las reformas estructurales, para entrar a la “nueva dinámica internacional que traería enormes beneficios”, pero lo único cierto es que con la “era de la globalización” hemos llegado a una etapa en donde existe una exacerbada exaltación del individuo, la disminución de

¹² El concepto de la economía mundo se refiere a una interrelación de los países industrializados y los subdesarrollados, en donde para que pueda subsistir una economía mundial efectiva, los países de la periferia deben de desarrollar acciones específicas y los países del centro llevar a cabo otras actividades económicas. Ver Immanuel, Wallerstein. “La estructura interestatal del sistema mundial moderno” en Smith, Steve et al. *The Globalization of World Politics*. Oxford University Press, 1997. pp.87- 90.

los aspectos sociales por parte del Estado en detrimento del nivel de vida de las personas, la utilización del medio ambiente en pro del aumento del capital y las ganancias, la explotación del hombre por el hombre y la comercialización de todo, incluso del hombre, pues éste es visto como mercancía.

Si bien es cierto que la globalización ha significado grandes cambios en el sistema internacional, también hay que decir que actualmente se vive una de las etapas más férreas del capitalismo, pues en efecto se comercializa todo y todo es mercancía y el valor se mide en cuánto se gana. La educación, el conocimiento, la información y la salud se han transformado en bienes de consumo, han dejado de ser los derechos inalienables y universales que estipulaban las declaraciones internacionales, hoy sepultadas por los decálogos de la “libre empresa”; así como toda mercancía, la educación y la salud se han convertido en bienes que sólo obtienen los que pueden pagar por ellas.

Éticamente, no deberían tener lugar éste tipo de acontecimientos, pero vivimos en un mundo donde no impera la ética sino el “el libre comercio” y bajo esa tónica han dejado de tener validez garantías sociales como el servicio médico a toda la población de un Estado, ya que se ha reducido notablemente el estado de bienestar.

El caso de la salud, es el más evidente, puesto que no solo se comercializan los servicios médicos, sino también los tratamientos y por ende las medicinas, los servicios públicos frecuentemente resultan insuficientes para abastecer todas las necesidades de la población; las políticas sanitarias son minadas por la falta de recursos y los elevados costos de los medicamentos para combatir las enfermedades, lo que limita muchas veces las acciones de los Estados y esto para la población significa la diferencia entre la vida y la muerte.

Así, siguen teniendo más valor las ganancias de las grandes empresas que la salud de las personas, a pesar de que el acceso a los medicamentos haya sido reconocido como un derecho humano esencial en el caso de las pandemias en la

57 sesión de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos en mayo de 2001¹³, de igual manera, acciones como la de la Asamblea Mundial de Salud de la OMS también en mayo de ese año, la cual aprobó dos resoluciones sobre el tema: la primera para enfatizar la necesidad de esfuerzos para hacer disponibles los medicamentos a bajos costos y el de fomentar la innovación y el desarrollo de la industria nacional y la segunda resolución para establecer la necesidad de una mejor evaluación de los impactos de acuerdos comerciales sobre el acceso de medicamentos esenciales y sobre el desarrollo de nuevos medicamentos,¹⁴ solo se muestran como declaraciones que han sido rebasadas por los intereses de los grandes monopolios farmacéuticos.

1.3.1. El Consenso de Washington

La comercialización de la salud es uno de los múltiples resultados de la fase actual del capitalismo que fue preparada por las políticas neoliberales, las reformas y las políticas estructurales bajo la dirección del Consenso de Washington.

El nombre del consenso de Washington fue dado por el economista inglés John Williamson en la década de los ochentas para referirse a los temas de ajuste estructural que formaron parte de los programas del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en la época del “re-enfoque económico” durante la crisis de la deuda de 1982, que sentaba las bases de toda la política económica neoliberal.

El consenso de Washington fue elaborado por miembros del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, ejecutivos y agencias económicas del gobierno de Estados Unidos, miembros del Congreso y del comité de la reserva

¹³ Se estableció el derecho a los medicamentos en la comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos por medio de la resolución acceso a medicamentos en el contexto de Pandemias como el VIH/SIDA en el 2001.

¹⁴ *Buscando respuestas para combatir el SIDA y para una estrategia de medicinas de la Organización Mundial de Salud (OMS)*, OMS, Ginebra, Suiza, Mayo de 2001.

Federal del mismo país y el Fondo Monetario Internacional (FMI), todos ellos se reunieron para formular las políticas económicas para forzar a los países en desarrollo, en especial a los de América Latina a llevar a cabo cambios estructurales en sus economías.

Las políticas que comprendían el Consenso de Washington son las siguientes:

- 1) Evitar el déficit fiscal.
- 2) La inflación como parámetro central de la economía
- 3) Reducir el gasto público. Esto beneficiaba a una parte muy específica de la población y significaba el fin del estado de seguridad social.
- 4) Reforma tributaria.
- 5) Las tasas de interés deben ser determinadas por el mercado .
- 6) Los tipos de cambio también tienen que ser determinados por el mercado
- 7) Política comercial que a su vez estaba compuesta por: la liberalización de las importaciones, El acceso a bienes intermedios importados a precios competitivos y la liberalización del comercio.
- 8) Inversión extranjera directa.
- 9) La privatización de empresas estatales.
- 10) La desregulación¹⁵

Es importante señalar que con todas estas políticas y “recomendaciones”, se buscó beneficiar a los países desarrollados y se establecieron las directrices para poner en marcha las políticas neoliberales por medio de las reformas estructurales, lo cual muestra la habilidad del sistema capitalista para ajustarse y flexibilizarse a las condiciones del orbe, donde los subdesarrollados tienen la capacidad de adecuarse a las exigencias del capitalismo y a estipulaciones como las anteriores, modificando sus economías, pensando en que esto podrá beneficiarlos, aunque no sea cierto.

¹⁵ *Las reformas estructurales.* Fondo Monetario Internacional, consultado en www.imf.int

En lo que compete a la salud, es evidente que dichas “recomendaciones” han minado el estado de bienestar y la obligación de éste de garantizar servicios de salud a toda su población; aunado a ello, el consenso de Washington junto con las reformas estructurales y las políticas neoliberales en los Estados diseñaron los parámetros para la creación de Acuerdos comerciales que instituyeron condiciones idóneas para el comercio multilateral y para minar las condiciones sociales de las poblaciones de los países en desarrollo, que se harían posteriormente tangibles en el caso de la salud.

1.3.2. La carta de La Habana

Cuando terminó la Segunda Guerra Mundial se estableció el orden internacional de la segunda post-guerra, el cual quedó dividido en “3 niveles: 1) el ideológico-político representado en la división del mundo en dos bloques, el socialista y el capitalista, cada bloque encabezado por una potencia: La Unión Soviética por el bloque socialista y Estados Unidos encabezaba el bloque capitalista, 2) el segundo nivel era el militar, representado en la existencia de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) por parte del bloque capitalista y la Organización del Tratado de Varsovia (OTV) por parte del socialista y 3) la económico-moral, que hacía referencia a la cuestión económica instituida en el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) por medio de la conferencia de *Bretton Woods* por parte del bloque capitalista y por la parte socialista se encontraba El Consejo de Asistencia Económica Mutua (CAEM), en lo que respecta a lo moral, después de la descolonización se reconocen fenómenos como el hambre y la pobreza, así se da la división de países desarrollados y subdesarrollados o de países del norte y países del sur”¹⁶.

¹⁶ Hernández-Vela, Edmundo. Seminario de Investigación III: Investigaciones para la paz y la seguridad internacionales. Post-grado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 15 de febrero de 2005.

Bajo la lógica anterior, en el contexto económico capitalista, los países buscaban crear un sistema internacional de comercio que evitara el creciente proteccionismo y promoviera el libre comercio. Con tal finalidad se llevó a cabo la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Empleo en La Habana, Cuba que duró de noviembre de 1947 a marzo de 1948. El resultado de la conferencia se plasmó en la Carta de la Habana, en la cual se estipulaba la creación de la Organización Internacional del Comercio (OIC), que tenía como objetivo establecer las directrices para el comercio mundial abarcando temas como: las normas en materia de empleo, convenios sobre productos básicos, prácticas comerciales restrictivas, inversiones internacionales y servicios.

Empero, como Estados Unidos se opuso al texto de la Carta y no estuvo de acuerdo con las disposiciones que se establecían, decidió negarse a remitir el documento al Senado y por esa razón la Carta de la Habana no se llevó a cabo y la Organización Internacional del Comercio nunca vio la luz.

Lo único que se rescató de la carta fue el capítulo que versaba sobre el comercio internacional, ello obedeció a que al mismo tiempo que se estaban llevando a cabo “las negociaciones para definir la Carta de la Habana entre 1946 y 1947, los gobiernos ya estaban involucrados en las negociaciones de las reglas y acordando reducciones en sus aranceles, que eran un aspecto fundamental del comercio internacional en esa época”¹⁷.

Así, al fracasar la creación de la OIC, el capítulo referente al comercio internacional se convirtió en el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y comercio (AGAAC), que se instituyó en 1947, fue suscrito por 23 naciones y entró en vigor el 1 de enero de 1948.

¹⁷ Julio, Chan Sánchez. *La educación superior y el comercio de servicios: un punto de vista peruano*. Dirección Nacional de asuntos multilaterales y negociaciones comerciales internacionales del Ministerio de Industria, turismo, integración y negociaciones comerciales internacionales de Perú. Lima, Perú. 5 de julio de 2002. p. 3

1.3.3. *El Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (AGAAC/GATT)*

El Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (AGAAC) surgió bajo las circunstancias específicas que se mencionaron con anterioridad. El AGAAC/GATT, “como acuerdo, no era un organismo intergubernamental formal”¹⁸, por el contrario se había planteado como un acuerdo y una organización de carácter provisional.

Originalmente, se estableció la idea de que la OIC se ocupara de todo lo relativo a los asuntos del comercio y que junto con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF), hoy Banco Mundial, se encargaran de dirigir y regular la economía de todo el orbe.

Cuando surgió el AGAAC/GATT estaba conformado por 23 miembros que eran: Australia, Bélgica, Birmania, Brasil, Canadá, Ceilán (actualmente Sri Lanka), Cuba, Checoslovaquia, Chile, China, Estados Unidos, Francia, India, Líbano, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Pakistán, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Rhodesia del Sur, Siria y Unión Sudafricana. Se había determinado que la sede estuviera en Ginebra, Suiza y que fuera administrado por la Comisión Interina para la Organización Internacional del Comercio (OIC), pero el fracaso de la creación de la OIC “significó que el Acuerdo General, originalmente destinado a ser un acuerdo subsidiario de dicha organización, se convertiría en el eje coordinador de las políticas nacionales en materia de comercio internacional”¹⁹.

Europa Oriental no participó en el AGAAC/GATT debido a que en esa época formaba parte del bloque socialista y su sistema económico era por medio de economías centralmente planificadas, y formaba parte del Consejo de Asistencia

¹⁸ *Ibidem* p.4

¹⁹ *Idem*

Económica Mutua (CAEM), y salvo el caso de Checoslovaquia, quien no sólo participó sino que también fue miembro originario, los miembros del AGAAC/GATT eran países en desarrollo y desarrollados que formaban parte del sistema capitalista.

Así, el AGAAC/GATT desde su nacimiento ha tenido una triple dimensión: 1) al constituirse como un conjunto de normas convenidas multilateralmente que estaban destinadas a regular el comportamiento comercial de los gobiernos, 2) “actuaba como un foro de negociaciones comerciales a través del cual se fomentaba la liberalización y apertura de los mercados nacionales”²⁰ y 3) actuaba como un foro de solución de las diversas controversias que pudieran surgir del cumplimiento e interpretación de las normas del Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y comercio.

El objetivo primordial del AGAAC era la liberalización del comercio mediante negociaciones comerciales multilaterales, que fueron el mecanismo por medio del cual los aranceles al comercio de las mercancías fueron reducidos y se establecieron lineamientos que facilitaron el comercio.

Dentro del AGAAC/GATT se realizaron 9 rondas que fueron : la primera en Ginebra, Suiza en 1947, la segunda en Annecy, Francia de 1948 a 1949, la tercera en Tourquay, Inglaterra de 1950 a 1951, la cuarta en Ginebra , Suiza de 1955 a 1956, la quinta denominada Dillon también en Ginebra, Suiza de 1958 a 1962, la sexta denominada Kennedy en Ginebra, Suiza de 1963 a 1967, la séptima llamada Ronda Tokio en Ginebra , Suiza de 1973 a 1979, la ronda Uruguay en Ginebra, Suiza de 1986 a 1993. El motivo de la primera fue la creación del AGAAC/GATT; cabe señalar en las primeras rondas fueron muy breves, debido a que los miembros que integraban el acuerdo eran muy pocos. La causa de dicha situación era por una parte que en esos momento Europa se encontraba devastada y por lo tanto su principal objetivo era su reconstrucción.

²⁰ *Idem.*

Con respecto a las otras cuatro rondas versaron sobre las negociaciones sobre la reducción de los aranceles a las mercancías, especialmente a los productos industriales por parte de los países desarrollados, así como el ingreso de nuevos miembros. De tal manera, que durante estas rondas, se dieron continuas reducciones de los aranceles que estimularon de manera paulatina la “liberalización del comercio” durante los decenios de 1950 y 1960, de igual forma el crecimiento del comercio mundial, alcanzó tasas muy elevadas (alrededor del 8% anual por término medio).

Durante la quinta ronda las negociaciones relativas a los aranceles se estancaron debido a dos causas, la primera: que el número de miembros había aumentado y la segunda: que el ritmo de crecimiento del comercio mundial fue siempre superior al aumento de la producción durante la era del GATT.

A partir de la sexta ronda se ampliaron los temas del GATT incluyendo el comercio de productos agrícolas, medias arancelarias y prácticas desleales que obstaculizaban el comercio.

Con lo que respecta a la séptima ronda o la denominada ronda Tokio, se puede decir que además de los temas anteriores se adoptaron acuerdos llamados códigos que se referían a los subsidios, las prácticas desleales del comercio, compras gubernamentales, barreras técnicas, valoración aduanera, licencias de importación, aviación civil, productos lácteos, y carne bovina, ante lo cual pocos de los miembros que eran países en desarrollo aceptaron dichos temas; además de ello, cabe mencionar que en esta ronda se propone la inclusión del tema de la propiedad intelectual; sin embargo, esto no ocurre, porque muchos miembros consideraron que sería una acción muy compleja regular esto, cuando temas anteriores aún no se habían consolidado.

El éxito logrado por el GATT en la reducción de los aranceles a niveles tan bajos, unido a una serie de recesiones económicas en el decenio de 1970 y en

los primeros años de 1980, incitó a los gobiernos a idear otras formas de protección para los sectores que se enfrentaban con una mayor competencia en los mercados exteriores. Las elevadas tasas de desempleo y los constantes cierres de fábricas durante las crisis de aquellos años impulsaron a los gobiernos en Europa Occidental y en Estados Unidos a crear nuevos tipos de barreras comerciales no arancelarias, a tratar de concertar con sus competidores acuerdos bilaterales de reparto del mercado y a emprender una carrera de subvenciones para mantener sus posiciones en el comercio de productos agropecuarios. Estos hechos minaron la credibilidad y la efectividad del AGAAC/GATT.

El problema no se limitaba al deterioro del clima de política comercial. A comienzos del decenio de 1980, el Acuerdo General no respondía ya a las realidades del comercio mundial como lo había hecho en el decenio de 1940, porque el comercio que prevalecía en los años ochenta era mucho más complejo e importante que en los años cuarenta, aunado a ello, estaba ya en curso la mundialización de la economía, “la consecuente y creciente interrelación e interpenetración de los mercados mundiales”²¹, el comercio de servicios, el cual era un rubro que las normas del AGAAC/GATT no habían abarcado y que era de gran interés para muchos países, puesto que las inversiones internacionales se habían incrementado considerablemente y además el AGAAC/GATT no tenía la capacidad ni la estructura para regular esto por las características en las que había surgido.

La expansión del comercio de servicios estaba también relacionada con nuevos incrementos del comercio mundial de mercancías. Se estimaba que las normas del AGAAC/GATT resultaban deficientes también en otros aspectos. Por ejemplo, en el sector agrícola, en donde los puntos débiles del sistema multilateral se habían aprovechado abundantemente, y los esfuerzos por liberalizar el comercio de productos agropecuarios habían tenido escaso éxito. En el sector de los textiles y el vestido, se negoció en el decenio de 1960 y los primeros años de 1970 una

²¹Edmundo, Hernández-Vela Salgado. *Op. Cit.* p. 675

excepción a las disciplinas normales del AGAAC/GATT, que dio lugar al Acuerdo Multifibras. Incluso la estructura institucional de la organización y su sistema de solución de diferencias eran motivos de preocupación, puesto que realidad no resolvían nada equitativamente y generalmente, los países desarrollados se veían beneficiados, como fue el caso del Acuerdo Multifibras, que favoreció a las fibras sintéticas que producían a los países desarrollados y no a las fibras naturales que producían los países en desarrollo.

Factores como los anteriores persuadieron a los miembros del AGAAC/GATT de que debía hacerse un nuevo esfuerzo por reforzar y ampliar el sistema multilateral. Ese esfuerzo se tradujo en la Ronda Uruguay y posteriormente en la creación de la Organización Mundial de Comercio.

En lo que respecta a la octava ronda o la Ronda Uruguay, debe decirse que el su programa comprendía temas iniciales como los aranceles, obstáculos no arancelarios, productos obtenidos de la explotación de recursos naturales, productos tropicales, artículos del AGAAC/GATT negociados durante la Ronda de Tokio como prácticas desleales al comercio y subvenciones, además de la incorporación de nuevos temas como la competitividad, servicios, productos de alta tecnología, inversiones y la protección a la propiedad intelectual; los temas anteriores fueron temas de gran interés de los países desarrollados pero no de las necesidades e intereses de los países en desarrollo, que en aquella época eran mayoría, además estos temas beneficiaban de manera clara a los países industrializados por la producción intensiva de bienes, conocimiento y patentes, situación que distaba de la realidad de los países en desarrollo quienes consideraban de mayor importancia temas como “la agricultura y los textiles, que eran muy significativos en sus economías y que hasta esa época habían sido excluidos de una apertura de mercados y deberían ser incluidos en la liberalización del comercio”²².

²² *Ibidem* p. 5

La afluencia de nuevos miembros durante la Ronda Uruguay, tras el derrumbe del sistema económico soviético, fue una prueba tangible de que no había otro mecanismo o un foro más fuerte para promover los intereses comerciales de todos los países del orbe de una manera más equitativa.

La Ronda Uruguay fue el preámbulo para la creación de una nueva organización que regulara el comercio mundial, de ahí que los temas iniciales de la ronda fueran tan importantes para definir los sectores y competencias que tendría la Organización Mundial de Comercio.

La Ronda Uruguay duró siete años y medio, casi el doble del plazo previsto, participaron 125 países. Se negociaron temas referidos a productos industriales o agrícolas, textiles, servicios financieros, problemas de la propiedad intelectual y movimientos de capital; abarcó casi la totalidad de temas referentes al comercio, incluyendo los productos biológicos más novedosos, la paquetería de los equipos de cómputo y los tratamientos médicos. Fue la mayor negociación comercial que haya existido en la historia de la humanidad.

En algunos momentos parecía estar condenada al fracaso, pero finalmente la Ronda Uruguay dio origen a la mayor reforma del sistema mundial de comercio desde la creación del AGAAC/GATT. “La Ronda Uruguay culminó el 15 de diciembre de 1993, en cuya acta final los 117 países participantes expusieron los acuerdos que alcanzaron sobre cuestiones como la reducción de más de un tercio, en promedio, de los aranceles aduaneros sobre los productos industriales, la liberalización progresiva de los intercambios de productos agrícolas y la transformación del AGAAC en la Organización Mundial de Comercio”²³. Así, el 15 de abril de 1994, los Ministros de la mayoría de los 125 gobiernos participantes firmaron el Acuerdo en una reunión celebrada en Marrakech (Marruecos).

²³ Edmundo, Hernández-Vela Salgado. *Op. Cit.* p.719

La demora de la Ronda Uruguay tuvo algunas ventajas para los países desarrollados, pues hizo posible que algunas negociaciones avanzaran más de lo que parecía posible, por ejemplo, algunos aspectos de los servicios y la propiedad intelectual, y la propia creación de la OMC. La dificultad de lograr acuerdo sobre un conjunto global de resultados que incluyera prácticamente toda la gama de aspectos comerciales actuales hizo que algunos pensarán que una negociación en esta escala no sería nuevamente posible. Ahora bien, los Acuerdos de la Ronda Uruguay incluían calendarios para la celebración de nuevas negociaciones sobre diversas cuestiones. En 1996, algunos países exhortaron abiertamente a que se celebrara una nueva ronda a comienzos del año 2000, dicha ronda es la denominada novena negociación comercial multilateral, que aunque no fue parte de las negociaciones dentro del AGAAC/GATT, “fue auspiciada por el Acuerdo General sobre Comercio y Servicios, que es uno de los acuerdos que administra la Organización Mundial de Comercio y que tenía como objetivo primordial la ampliación de la liberalización comercial de servicios del 2000 al año 2003”²⁴ .

Bajo este contexto, nació el Acuerdo de Marrakech por el que se creó la OMC, el cual contenía efectivamente compromisos de reabrir las negociaciones sobre diversos temas hacia el final del siglo.

Cuadro Nº 1
Negociaciones comerciales multilaterales.

RONDA	FECHA	LUGAR	NEGOCIACIONES
Primera	1947	Ginebra, Suiza	En el ella se creó el AGAAC(GATT)

²⁴ *Ibidem* p. 721

Segunda	1949	Annecy, Francia	Primeras negociaciones que involucraron a los países que solicitaban su ingreso para la reducción de aranceles
Tercera	1950-1951	Tourquay, Inglaterra	<i>Idem</i>
Cuarta	1955-1956	Ginebra, Suiza	<i>Idem</i>
Quinta	1959-1962	Ginebra, Suiza	Revisiones del Acuerdo e ingreso de Más Países
Sexta	1963-1967	Ginebra, Suiza	Negociaciones producto por producto y reducciones arancelarias a lo largo de la frontera
Séptima	1973-1979	Ginebra, Suiza	Contra adiciones de aranceles y acuerdos sobre medidas no arancelarias
Octava	1986-1993	Ginebra, Suiza	Expansión de su ámbito a los servicios, derechos de propiedad intelectual, inversiones relacionadas con el comercio y subsidios agrícolas
Novena	2001-2003	Ginebra, Suiza	Ampliación de la liberación comercial de servicios.

Fuente: Hernández-Vela, Edmundo. *Diccionario de Política Internacional*. Editorial Porrúa, México, 2002. Tomo II. P.720

1.4. La Organización Mundial de Comercio.

La Organización Mundial de Comercio nace por medio del acuerdo de Marrakech, que fue firmado por los 125 países que formaban parte en 1994 del Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio y empezó a funcionar el primero de enero de 1995 como la “organización encargada de supervisar el

comercio internacional”²⁵ sus objetivos principales son: facilitar la liberalización del comercio, establecer normas que regulen el comercio internacional y ser un foro de solución de controversias que funcione para hacer cumplir las disposiciones que se establezcan en ese foro. Otros objetivos son asegurar “un marco jurídico estable con normas claras y precisas para las relaciones comerciales entre los países miembros, ser un foro para celebrar negociaciones y acuerdos comerciales y evitar el proteccionismo”²⁶.

La Organización es el único órgano internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Su núcleo está constituido por los Acuerdos de la OMC, que han sido negociados y firmados por la mayoría de los países que participan en el comercio mundial. Estos documentos establecen las normas jurídicas fundamentales del comercio internacional. Son esencialmente contratos que obligan a los gobiernos a mantener sus políticas comerciales dentro de límites convenidos. Aunque son negociados y firmados por los gobiernos, “su objetivo es ayudar a los productores de bienes y de servicios, los exportadores y los importadores a llevar adelante sus actividades”. La sede de la Organización Mundial de Comercio está en Ginebra, Suiza.

El propósito primordial de la OMC es ayudar a que las corrientes comerciales circulen con la máxima libertad posible, siempre que no se produzcan efectos secundarios desfavorables. Esto significa en parte la eliminación de obstáculos. También significa asegurar que los particulares, las empresas y los gobiernos conozcan cuáles son las normas que rigen el comercio en todo el mundo, dándoles la seguridad de que las políticas no sufrirán cambios abruptos. En otras palabras, las normas tienen que ser “transparentes” y previsibles.

La OMC “se encarga de administrar 3 grupos de acuerdos principales: el comercio de mercancías, el comercio de servicios y la protección de la propiedad intelectual.

²⁵ Organización de las Naciones Unidas. *ABC de las Naciones Unidas*. Naciones Unidas, Nueva York, 2000. p. 63

²⁶ *Ibidem* p. 64

Además de estos grupos la OMC tiene la capacidad, a través del Acuerdo de Solución de Controversias, de que se cumplan los derechos y las obligaciones antes mencionadas²⁷, ya que las relaciones comerciales a menudo llevan aparejados intereses contrapuestos. Los contratos y los acuerdos, inclusive los negociados con esmero en el sistema de la OMC, frecuentemente necesitan ser interpretados, por la complejidad de los tecnicismos, que hacen más fácil la asimetría de los acuerdos y negociaciones. La manera más armoniosa de resolver estas diferencias es mediante un procedimiento imparcial, basado en un fundamento jurídico convenido. Este es el propósito que inspira el proceso de solución de diferencias establecido en los Acuerdos de la OMC.

Los acuerdos de la OMC son: los Acuerdos Multilaterales del Comercio de Bienes (AMCB), el cual comprende el acuerdo original del GATT de 1947 y sus modificaciones hasta 1994, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGSC), el Acuerdo sobre Aspectos de la Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), Mecanismo de Revisión de la Política Comercial, entendimiento sobre la Solución de Diferencias y los Acuerdos Plurilaterales sobre Aviación Civil y compras gubernamentales.

Como los acuerdos son redactados y firmados por la comunidad de países comerciantes, a menudo después de amplios debates y controversias, una de las funciones más importantes de la OMC es servir de foro para la celebración de negociaciones comerciales.

Los principales compromisos que la OMC adquirió del GATT fueron los relativos al tema de la agricultura, las concesiones arancelarias, textiles, servicios, las nuevas reglas de la política comercial, valoración aduanera, obstáculos técnicos, acuerdos para evitar las prácticas desleales al comercio, Acuerdo sobre subvenciones y medidas compensatorias, acuerdos sobre Salvaguardias y medidas de Inversión relacionadas con el comercio.

²⁷Chan Sánchez, Julio. *Op. Cit.* p. 6

La OMC tiene 3 principios que guían el comercio internacional y la organización y son: 1) El trato de la nación más favorecida, 2) el trato nacional y 3) la transparencia, estos principios son la base del sistema multilateral de comercio.

1) El principio de la Nación más favorecida (NMF): se refiere a que se debe de tratar a los todos los países de forma igualitaria. En virtud de los Acuerdos de la OMC, los países no pueden por regla general establecer discriminaciones entre sus diversos interlocutores comerciales. "Si se concede a un país una ventaja especial (por ejemplo, la reducción del tipo arancelario aplicable a uno de sus productos), se tiene que hacer lo mismo con todos los demás miembros de la OMC. Esta expresión "nación más favorecida" en la OMC significa realmente la no discriminación, es decir, el tratar a todos de manera prácticamente igual"²⁸.

Lo que sucede en la OMC es lo siguiente: cada miembro trata a todos los demás "miembros igualitariamente como interlocutores comerciales "más favorecidos". Si un país aumenta los beneficios que concede a otro interlocutor comercial, tiene que dar éste "mejor" trato a todos los demás miembros de la OMC de modo que todos sigan siendo "más favorecidos"²⁹.

La condición de nación más favorecida (NMF) no siempre significó igualdad de trato. En el siglo XIX, cuando se firmaron los primeros tratados bilaterales de la Nación más Favorecida, la inclusión en el grupo de interlocutores comerciales "más favorecidos" de un país se refería a ser miembro de un club exclusivo, porque sólo unos pocos países gozaban de ese privilegio y aunque actualmente se podría creer que la realidad ha cambiado y que entre los miembros de la OMC no existen diferencias y todos son tratados iguales, lo cierto es que a pesar de éste principio en la OMC existe un mecanismo de preferencia y ventajas que tienen los países desarrollados y que consolida la diferenciación entre los

²⁸ *Tratado de Marrakech*, Organización Mundial de Comercio. 1995, Naciones Unidas, Nueva York. Consultado en www.wto.org el 14 de noviembre de 2004.

²⁹ Organización Mundial de Comercio. Consultado en www.wto.org el 14 de noviembre de 2004.

miembros, ya que no todos los países en desarrollo son tratados de forma igualitaria por Estados Unidos ni por los países industrializados.

Como claro ejemplo de esto, se pueden ver hay algunas excepciones a la “Nación más favorecida”. Por ejemplo, los países que forman parte de una región pueden establecer un acuerdo de libre comercio que no se aplique a las mercancías que proceden de países que no se ubican en la región. O bien un país puede poner obstáculos a los productos procedentes de determinados países, que se consideran objeto de un comercio desleal. Y en el caso de los servicios, se permite que los países, en ciertas circunstancias restringidas, apliquen discriminaciones. Sin embargo, los acuerdos sólo permiten estas excepciones con arreglo a condiciones estrictas. En general, el trato de la Nación más favorecida significa que cada vez que un país reduce un obstáculo al comercio o abre un mercado, tiene que hacer lo mismo para los mismos productos o servicios de todos sus interlocutores comerciales, sean ricos o pobres, débiles o fuertes, pero la realidad es distinta, porque además no todos los países tienen representación ante la OMC, lo que es una clara diferencia.

2) El principio de Trato nacional considera que se debe de tratar de forma igualitaria a los nacionales y a los extranjeros³⁰. Así, las mercancías importadas y las producidas en el país deben recibir un trato igualitario, al menos después de que las mercancías extranjeras hayan entrado en el mercado. Lo mismo se aplica a los servicios extranjeros y a los nacionales, y a las marcas de fábrica o de comercio, el derecho de autor y las patentes extranjeras y nacionales. Este principio de "trato nacional" (dar a los demás el mismo trato que a los propios nacionales) también figura en los tres principales Acuerdos de la OMC (artículo III del AGAAC/GATT, en el artículo 17 del Acuerdo General de comercio y servicios (AGCS) y en el artículo 3 de los Acuerdos sobre Propiedad Intelectual

³⁰ *ABC de las Naciones Unidas*. Naciones Unidas, Nueva York, 2000. pp. 296 y 327.

relacionados con el Comercio(ADPIC), aunque también en este caso el principio se aborda en cada uno de ellos de manera ligeramente diferente.³¹

El trato nacional sólo se aplica una vez que el producto, el servicio o la obra de propiedad intelectual ha entrado en el mercado. Por lo tanto, la aplicación de derechos de aduana a las importaciones no constituye una trasgresión del trato nacional, aunque los productos fabricados en el país no sean sometidos a un impuesto equivalente.

Cabe señalar, que en diversos países esto no se lleva a cabo a pesar de que esté instituido en la OMC, un ejemplo es que los productos mexicanos no tienen el “trato nacional” que los productos estadounidenses, lo que refleja una de las deficiencias del sistema multilateral de comercio.

3) El tercer principio es el de transparencia que hace énfasis en que exista transparencia en las negociaciones y los acuerdos, así como la previsibilidad y la publicidad de los acuerdos. Lo anterior es de vital importancia para otorgar seguridad y credibilidad al sistema multilateral de comercio, ya que la transparencia asegura las inversiones y facilita las transacciones comerciales entre los miembros. Sin embargo, el principio no ha sido cumplido de manera efectiva, ya que en los últimos años se ha denunciado una gran falta de transparencia en las negociaciones comerciales y en la toma de decisiones, puesto existe un mecanismo denominado “la habitación verde”, en donde la “mayoría de las decisiones importantes se toma aquí por parte de los países más poderosos que lo conforman y que son los 24 países ricos de la Organización de cooperación y desarrollo económicos (OCDE)”³². Y lo anterior es una muestra tangible de la falta de transparencia en la toma de decisiones de la OMC, ya que éste mecanismo de la “habitación verde” excluye a los 123 miembros que son

³¹*Tratado de Marrakech*, Organización Mundial de Comercio. 1995, Naciones Unidas, Nueva York. Consultado en www.wto.org el 14 de noviembre de 2004.

³² Rosas, María Cristina .Seminario de Regionalismo: OMC, ALCA y las metas del Milenio. Postgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. 23 de febrero de 2005.

países en desarrollo y menos desarrollados, a quienes sólo les notifican las decisiones que han negociado y que preserva los intereses y ventajas comerciales de los países industrializados.

Por otra parte, uno de los objetivos específicos de los Acuerdos de la OMC es que los países introduzcan cambios gradualmente, mediante la "liberalización progresiva", por lo general se concede a los países en desarrollo plazos más largos para cumplir sus obligaciones, empero, la mayoría de las veces esto no es así, ya que las presiones de la organización y el establecimiento de tiempos específicos para liberalizar la economía, fuerzan a los países a disminuir los tiempos y la liberalización no es progresiva sino total.

En la OMC, cuando los países convienen en abrir sus mercados de mercancías y servicios, "consolidan" sus compromisos. Para las mercancías, estas consolidaciones equivalen a límites máximos de los tipos arancelarios. En algunos casos, los derechos de importación aplicados son inferiores a los tipos consolidados. Esto suele ocurrir en los países en desarrollo. En los países desarrollados los tipos efectivamente aplicados y los consolidados suelen ser idénticos.

Un país puede modificar sus consolidaciones, pero sólo después de negociarlo con sus interlocutores comerciales, lo que puede significar que tiene que compensarlos por la pérdida de comercio. Uno de los logros de las negociaciones comerciales multilaterales de la Ronda Uruguay consistió en incrementar la proporción del comercio sujeto a compromisos consolidados.

La estructura de la Organización Mundial de Comercio está muy bien definida en torno a los temas y a los tres principales acuerdos antes mencionados.

La estructura está conformada de la siguiente manera:

- La Conferencia Ministerial

- El Consejo General
- Cuatro comités
- La Secretaría General

Con lo que respecta a la conferencia ministerial, hay que señalar que es la “autoridad máxima de la OMC, en la que participan todos los países miembros y cuya reunión se efectúa cada 2 años. La conferencia tiene la facultad de adoptar las decisiones sobre todos los asuntos en el ámbito de cualquiera de los Acuerdos Comerciales Multilaterales”³³. Hasta la fecha se han realizado 5 reuniones ministeriales, a saber: En Singapur en 1996, en Ginebra, Suiza en 1998, Seattle, Estados Unidos en 1999, en Doha, Qatar en 2001 y en Cancún, México en 2003.

El Consejo General está conformado igual que el órgano anterior por todos los miembros de la organización y ejerce las funciones de la Conferencia Ministerial en los intervalos de las reuniones ministeriales y actúa como un órgano de solución de controversias y como órgano que evalúa las políticas comerciales. El Consejo General tiene a su vez 3 importantes consejos que hacen referencia a los 3 principales grupos de acuerdos de la organización y regulan las cuestiones relativas a su competencia y son:

- El Consejo de Mercancías
- El Consejo de Servicios
- El Consejo de Propiedad Intelectual.

Otra parte importante de la estructura son cuatro comités: el Comité de Comercio y Medio Ambiente, el Comité de Comercio y Desarrollo, el Comité de Restricciones por Balanza de Pagos y el Comité de Asuntos Presupuestarios, Financieros y Administrativos. Además existen varios grupos de trabajo técnico.

La Secretaría General tiene la función de proporcionar el apoyo técnico y logístico para la celebración de las reuniones, las cuales también organiza, prepara

³³ Julio, Chan Sánchez. *Op. Cit.* p. 9

documentos básicos, proporciona servicios legales, además de publicar estudios e informes de política comercial. Administra las contribuciones de los países miembros y el presupuesto general y está presidido por el director general; sin embargo cabe señalar que quienes son los responsables en última instancia son los países miembros, quienes pueden aplicar las políticas comerciales y de aplicar las sanciones por el incumplimiento de los acuerdos.

La toma de decisiones, aunque no está concretada en algún órgano de la OMC, es un aspecto muy importante en la estructura de la misma. Cabe señalar que las decisiones se toman por consenso, lo que significa que ninguno de los miembros se oponga a alguna de las decisiones y solo hay votaciones cuando los ministros tienen que interpretar o modificar acuerdos o si se quiere incorporar alguna excepción, para lo cual se requiere el voto favorable de las $\frac{3}{4}$ partes de todos los miembros.

El sistema también trata de mejorar la seguridad y la estabilidad por otros medios. Uno de ellos consiste en desalentar la utilización de contingentes y otras medidas empleadas para fijar límites a las cantidades que se pueden importar (la administración de los contingentes puede dar lugar a un aumento del papeleo administrativo y a acusaciones de trato desleal.

Algunas veces se describe a la OMC como una institución de "libre comercio", pero esto no es completamente cierto. El sistema autoriza en realidad la aplicación de aranceles y, en circunstancias restringidas, así como otras formas de protección. Es más exacto decir que es un sistema de normas consagrado al logro de una competencia libre, leal y sin distorsiones.

Muchos de los demás Acuerdos de la OMC están destinados a apoyar la competencia leal, por ejemplo, en materia de agricultura, propiedad intelectual y servicios, pero también ha permitido que los países en desarrollo tengan serias desventajas relativas a estos temas.

Cabe señalar, que la OMC nació con grandes desafíos y con funciones muy específicas pues no solo tenía que reglamentar los temas que había dejado pendientes el AGAAC/GATT sino también los nuevos temas comerciales como las inversiones, los servicios y la protección de la Propiedad Intelectual, de igual manera, representaba la posibilidad de ser una organización que fuera efectiva en la regulación y reglamentación de un comercio libre y “equitativo”, empero como se mencionó anteriormente, la falta de mecanismos igualitarios en la toma de decisiones de todos los países, ha evidenciado la credibilidad y la falta de transparencia de la organización. Aunado a ello, hay que recordar que en este sentido, la OMC es heredera del legado del AGAAC/GATT y el resultado del capitalismo económico imperante, así bajo esta lógica, es cierto que la OMC ha tenido aciertos y ha facilitado y flexibilizado el comercio internacional, sin embargo, los más beneficiados han sido los países desarrollados, que son quienes dictaminan y establecen las políticas comerciales de todo el orbe, en donde los países en desarrollo no son tomados en cuenta y se tienen que sujetar a estas decisiones.

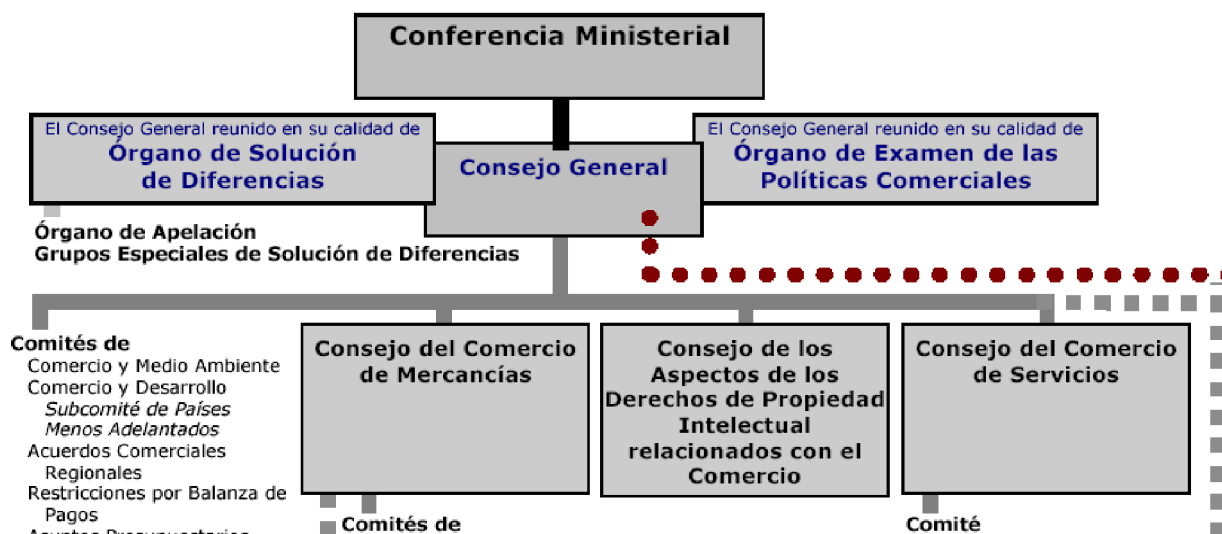
Así, resulta contradictorio que más de las tres cuartas partes de los miembros de la OMC sean países en desarrollo y menos desarrollados y que no tengan suficiente poder en la toma de decisiones y que estén supeditados a disposiciones comerciales que benefician a los países industriales, a costa de sus economías y sus posibilidades de crecimiento, cayendo en una dinámica comercial asimétrica, en donde muchas veces tienen que ceder en muchas prerrogativas para mantener relaciones comerciales con los países industriales.

Esta tendencia destruyó en la práctica la idea de que el sistema de libre comercio de la OMC era igualitario, pues posteriormente mostraría, grandes candados para la liberalización comercial de los temas más importantes de los países en desarrollo que reflejaban sus intereses y tenían poco eco en la Organización, porque los países industrializados demandaban otros temas para cumplir sus

intereses y sus necesidades; ese fue el caso del Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionada con el Comercio (ADPIC).

Cuadro N°2

Estructura de la Organización Mundial de Comercio



Fuente: Organización Mundial de Comercio. Consultada en www.wto.org, el 24 de septiembre de 2004.

Fuente: Organización Mundial de Comercio. www.wto.org

1.4.1. Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (ADPIC)

Los mecanismos para la protección de la Propiedad Intelectual en los países industrializados siempre han sido una preocupación muy importante y tienen sus orígenes en el siglo XIV. Pero a nivel internacional, los “primeros acuerdos para regular y respetar la Propiedad Intelectual comenzaron a ser negociados a mitad del siglo XIX y un intento significativo de ello fue en 1873 el Congreso de Viena, el cual se convirtió en el primer acuerdo internacional sobre

propiedad industrial y fue firmado por 10 países, posteriormente con la Convención para la Protección de la Propiedad Industrial, la Convención de Paris de 1883, fue muy importante porque por primera vez a nivel internacional estableció principios para la protección de patentes y marcas comerciales; 3 años después se avanzó en el tema cuando en la Convención de Berna se establecieron los derechos reservados³⁴ para la protección de las obras literarias y artísticas; así ambas convenciones dieron origen a la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) en 1967 y entró en vigor en 1970.

Pero, a pesar de contar con una organización internacional especializada que se encargaba de la protección de la propiedad intelectual, “se seguían efectuando prácticas que la violaban, así cada país definía qué protección confería a los Derechos de Propiedad Intelectual estableciendo los costos y beneficios para mantenerlos”³⁵, razón por la cual entre 1973 y 1979 durante la ronda Tokio del AGAAC/GATT, los países industrializados y en especial Estados Unidos trataron de incorporar a los temas de la Ronda la protección a la Propiedad Intelectual, pero la propuesta fue rechazada, posteriormente en entre 1986 y 1993 en la Ronda Uruguay se llevaron a cabo fuertes negociaciones para incluir el tema de la Propiedad Intelectual y establecer niveles mínimos de protección de la propiedad intelectual a nivel internacional en el contexto del AGAAC/GATT.

La Ronda Uruguay tuvo una importancia fundamental como ya se mencionó anteriormente, porque por primera vez se incluyen en las negociaciones el ámbito de los servicios y los derechos de propiedad intelectual.

La inclusión de los derechos de propiedad intelectual en las negociaciones comerciales, en la OMC y en el sistema multilateral de comercio tuvo origen en la

³⁴ Lima Rêgo, Elba Cristina. “Acordo sobre Propriedade Intelectual da OMC: Implicações para Saúde Pública nos Países em Desenvolvimento” en *Revista do BNDES*, Volumen 8, número 16, Dezembro 2001. Rio de Janeiro. pp.43 y 47

³⁵ *Ibidem* p.48

presión de Estados Unidos, atendiendo “las peticiones de sus empresas y en especial de las farmacéuticas”³⁶.

Las negociaciones de la Ronda Uruguay sobre el tema dieron como resultado la creación de Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (ADPIC), que constituye uno de los 3 pilares de la OMC.

El Acuerdo de Propiedad Intelectual y comercio(ADPIC) fue firmado en 1994 en Marrakech por 123 países, ya que el tratado que le dio origen a la OMC comprendía el Acuerdo de Propiedad Intelectual y comercio, el cual se erigió a partir de 1995 como el acuerdo internacional más amplio sobre derechos de propiedad intelectual, pues establecía “procedimientos y mecanismos para garantizar su cumplimiento, teniendo implicaciones tanto en políticas tecnológicas e industriales nacionales como en las políticas y legislaciones relacionadas con la defensa y la protección de los derechos de los consumidores”³⁷.

El Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC) es uno de los acuerdos multilaterales más extensos, ya que está conformado por 73 artículos y Comprende 7 esferas: derechos reservados, marcas, derechos conexos, indicadores geográficos, modelo diseños industriales, diseños de circuito integrado a protección de la información confidencial y patentes.

La función del ADPIC es reglamentar todo lo referente a estos rubros en el ámbito comercial, además de que puede “legitimar sanciones, en caso de que las reglas establecidas no sean cumplidas, cabe señalar que la OMC no tiene capacidad para imponer dichas acciones directamente a los miembros, pero autoriza que dichas medidas sean adoptadas bilateralmente por los países que comprueban ser perjudicados por prácticas de otro país miembro, que viole alguna de las cláusulas del ADPIC”³⁸.

³⁶ *Ibidem.* p.44

³⁷ *Idem*

³⁸ *Ibidem* p. 54

El ADPIC establece que todos los miembros deben de garantizar el cumplimiento de “las disposiciones mínimas” sobre la protección de la propiedad intelectual. El ADPIC tiene como objetivo ampliar el acceso a los mercados y facilitar el comercio internacional.

Cabe mencionar, que el ADPIC incorporó muchas de las disposiciones de las Convenciones de Paris y Berna, pero protecciones mínimas, así el ADPIC establece que la protección varía de un país a otro y de un sector u otro, siendo más rígidas las disposiciones referentes a los sectores que implican investigación y desarrollo.

La protección de los derechos de tiene una duración limitada en todas las esferas que componen el ADPIC excepto en las marcas comerciales. Para el caso de las patentes es de mínimo 20 años, en el caso de derechos reservados comprende la vida del autor más 50 años, para trabajos cinematográficos 50 años después de la divulgación de la obra, para marca comerciales se dice que la duración es ilimitada porque la primera vez que se registra tiene validez 7 años y a partir de esa fecha se pueden renovar indefinidamente y los diseños de circuitos 10 años.

A diferencia de otros tratados de la OMC, el ADPIC ningún tipo de trato especial para los países en desarrollo, salvo el caso de la aplicación del acuerdo, lo que muestra una clara ventaja para los países desarrollados; que en el caso de la protección de patentes relativa a procesos y no productos de los sectores de alimentos, químicos y de productos farmacéuticos fue ampliado para los países en desarrollo de 1995 a 2005, empero “algunos sectores como la industria farmacéutica han presionado a los países para no utilizar la ampliación del tiempo para aplicar el ADPIC”³⁹ en su sector.

1.4.2. La importancia de las patentes

³⁹ *Ibidem.* p.57

Una patente es “una forma de protección de las invenciones y de los procedimientos. En términos generales, en los tratados internacionales y en las leyes locales, se requiere para que una invención o procedimiento sea susceptible de ser patentado que reúna 3 requisitos: 1) que sean una novedad 2) que no sean obvias, es decir que tengan un elemento inventivo y de acuerdo al dictamen de una persona capacitada en el estado de arte que se trate y 3) que tenga una aplicación industrial o una utilidad”⁴⁰.

Según el artículo 27 del ADPIC, los derechos conferidos por la patente no deben de estar sujetos a la discriminación en función del lugar de la invención o el campo tecnológico, “en ese mismo artículo se hacen algunas excepciones para suspender o violar las patentes por motivos como el de orden público, moral, salud pública y daño al medio ambiente”⁴¹.

La importancia de las patentes radica en que “dan a sus dueños derechos exclusivos de propiedad impidiendo que otros utilicen sin licencia ni autorización las invenciones protegidas. Cuando el objeto de la patente es un producto, nadie puede producirlo, venderlo o importarlo sin autorización de la persona que detenta la patente”⁴². Uno de los grandes beneficios o el mayor beneficio de las patentes es que generalmente involucran el pago de regalías y de fuertes cantidades de dinero por producir el producto patentado, que nadie más tiene o porque al violar la patente, las personas que la violen tendrán que pagar una compensación económica.

En el caso del ADPIC, las patentes están muy bien protegidas, ya que todos los países al firmar el acuerdo se comprometieron a respetarlas, a llevar a cabo

⁴⁰ Becerra Ramírez, Manuel. “La protección de la biotecnología mediante la propiedad intelectual y sus tendencias” en Relaciones Internacionales, Centro de Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias Políticas (FCP y S) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), número 88, enero-abril de 2002. p. 11

⁴¹ Lima Rêgo, Elba Cristina. *Op. Cit.* p. 58

⁴² *Idem*

acciones en sus legislaciones sobre patentes para protegerlas y establecerlas mínimo por 20 años. Esto es un punto significativo, ya que el ADPIC “permite que los Estados miembros incluyan en su legislación de patentes “excepciones limitadas de los derechos exclusivos conferidos por una patente”⁴³, lo importante de esto, es que queda a criterio y consideración de los países miembros de la OMC decidir y establecer las excepciones al derecho de patente que van a incluir en sus legislaciones, así dichas excepciones podrán infringir la protección de una patente, sólo si los Estados miembros las incorporan en su legislación como una excepción, de lo contrario no podrán hacer uso de ellas, aún cuando se encuentren en una situación de emergencia nacional o en una situación que atente contra su salud.

Cabe señalar, que lo anterior es un algo muy importante porque las excepciones no son obligatorias y solo se pueden llevar a cabo bajo la lógica mencionada, en tanto que la protección mínima de 20 años de una patente si es una obligación. Situación que si no prevén los Estados miembros, en especial los países en desarrollo y menos desarrollados causará grandes implicaciones sociales en sus poblaciones.

El artículo 30 del ADPIC no establece una lista específica de excepciones, sino que solo define qué son excepciones aceptables. Y estipula que: “...los miembros podrán prever excepciones limitadas de los derechos exclusivos conferidos por una patente, a condición de que tales excepciones no atenten de manera injustificable contra la explotación normal de la patente ni causen un perjuicio injustificado a los legítimos intereses del titular de la patente, teniendo en cuenta los intereses legítimos de terceros.”⁴⁴

⁴³ Boulet Pascale y Cohen, Rachel M. “La crisis del acceso a los medicamentos y los acuerdos en materia de propiedad intelectual de la Ronda de Uruguay: los pacientes frente a las ganancias” en Rosas, Ma. Cristina (coordinadora) *La OMC y la Ronda de Doha: ¿proteccionismo vs desarrollo?*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA). México, 2003. p. 432

⁴⁴ Artículo 30 del Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial de comercio

Así, es muy claro que las patentes en ningún país miembro de la OMC pueden violarse con excepción las siguientes salvaguardias, que quedan a consideración de los Estados para incluirse en las legislaciones y lograr efectuarlas. La primera de esas salvaguardias es la licencia obligatoria que es definida como “el permiso que da un gobierno para producir un producto patentado o utilizar un procedimiento patentado sin el consentimiento del titular de la patente, mediante el pago de una remuneración adecuada”⁴⁵ y razonable, no obstante en determinadas “circunstancias de interés público como emergencia nacional, extrema urgencia, en los casos de uso público no comercial, uso por el gobierno o en caso de prácticas anticompetitivas no es necesario intentar obtener una licencia voluntaria”⁴⁶ según lo estipulado en el artículo 31 del ADPIC.

Las principales condiciones para el otorgamiento de las licencias obligatorias son: 1) se podrán negociar después de que los solicitantes hayan intentado negociar con los titulares de los derechos de patente, 2) serán de carácter no exclusivo, 3) se concederán principalmente para abastecer el mercado interno y 4) el titular de la patente recibirá la retribución adecuada según las circunstancias de cada caso. La segunda es la denominada importación paralela y se refiere a que un país busque el mejor precio de un producto o un medicamento patentado en el mercado mundial sin el permiso del titular de la patente, siempre y cuando la legislación de ese país reconozca el principio regional o internacional de agotamiento, ya que este principio tiene como mecanismo “la extinción Internacional de los derechos del titular de la patente a partir del momento en que él o alguien con su autorización, coloca el producto en el mercado”⁴⁷.

Las salvaguardias o excepciones por motivo de salud pública también están consideradas en el ADPIC y son las “más frecuentes en las legislaciones relativas

⁴⁵ Aplicación del párrafo 6 de la *declaración de Doha* relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública de la Organización Mundial de Comercio (OMC). WT/L/540. 1 de septiembre de 2003. Ginebra, Suiza.

⁴⁶ Apartado b del artículo 31 del *Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (ADPIC)* de la Organización Mundial de Comercio (OMC). 1995. Ginebra, Suiza.

⁴⁷ Lima Rêgo, Elba Cristina. *Op. Cit.* p. 59

a las patentes”⁴⁸, estas comprenden: la aplicada a la experimentación e investigación y la tipo *Bolar*. La primera se refiere a que cualquier persona puede efectuar investigación y experimentos de un producto durante la vigencia de la patente. En tanto que la segunda, la de tipo *Bolar*⁴⁹, es una excepción muy específica para medicamentos y productos terapéuticos puesto que permite que “las empresas de medicamentos genéricos soliciten a las autoridades correspondientes autoricen la comercialización de un medicamento antes de que expire la patente y colocar el producto en el mercado el mismo día en que esto ocurra”⁵⁰.

Cabe señalar que el ADPIC ha sido un acuerdo muy extenso e importante en el tema de la protección de la propiedad intelectual, pero ha significado la adquisición de nuevos compromisos para los países en desarrollo y menos desarrollados esperando obtener los prometidos beneficios “en términos de inversiones y transferencia tecnológica al adoptar las leyes de propiedad intelectual semejantes a los países desarrollados”, es cierto que el ADPIC traerá beneficios pero eso será cuando todos los países hayan adecuado sus legislaciones sobre patentes al ADPIC, en donde algunos tendrán mayores ventajas que otros, puesto que los mayores costos están siendo pagados por los países más pobres, quienes tienen menos recursos financieros y humanos para la adecuación del extenso acuerdo de la OMC.

1.4.3. El ADPIC y la salud

El ADPIC se estableció como el acuerdo más extenso sobre propiedad intelectual a nivel internacional y muchos países en desarrollo estuvieron de acuerdo con proteger los derechos de propiedad Intelectual, cuando se

⁴⁸ Boulet Pascale y Cohen, Rachel M. *Op. Cit.* p. 433

⁴⁹ Ésta excepción se conoce como “excepción Bolar”, en virtud del apellido de la parte que litigó en un caso con el laboratorio Roche, en el que Bolar ganó el fallo para experimentar y comercializar un medicamento cuando expirara la patente. Este caso ocurrió en 1984 en Estados Unidos.

⁵⁰ Boulet, Pascale y Cohen Rachel. *Op. Cit.* p. 433

⁵¹ Lima Rêgo, Elba Cristina. *Op.Cit.* p.61

establecieron en la Ronda Uruguay por la presión de Estados Unidos a pesar de considerar que eso les traería grandes costos sociales. Lo “novedoso del ADPIC” fue que se incluyeron los medicamentos en la misma categoría que los demás productos patentados. Es decir, por primera vez en la historia se consideraba a las medicinas como mercancías y no se reconocían como artículos que preservaban la salud y eran concomitantes a ese derecho universal, ya que se argumentaba que en muchos países en desarrollo no estaban protegidas las patentes de los medicamentos o que se violaban para producir medicamentos sin marca que eran denominados genéricos, los cuales eran copias ilegales que transgredían el derecho de propiedad intelectual, fomentaban la piratería y las prácticas desleales al comercio y atentaban contra la investigación de las farmacéuticas y el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos.

Bajo esta lógica, era evidente que la globalización y la regulación del comercio internacional se habían vinculado con mayor énfasis en las cuestiones de salud, lo cual puso de manifiesto que en un futuro, se tendrían repercusiones sociales de gran envergadura; ya que con el ADPIC, a pesar de las salvaguardias fue tangible la comercialización de la salud y la inaccesibilidad de medicamentos por parte de personas o de países que no tuvieran los recursos económicos para pagar los altos costos, ya que al establecer la protección de las patentes de los medicamentos como una medida para seguir realizando investigaciones, desarrollar nuevas tecnologías y avances científicos en las fórmulas, se justificaba el aumento considerable de los precios de las medicinas y tratamientos.

La inclusión de los medicamentos en el ADPIC respondió a que las empresas farmacéuticas de los países industrializados pugnaron desde la Ronda de Tokio porque se estableciera la protección de los fármacos y los tratamientos terapéuticos, empero no lo lograron hasta la Ronda Uruguay, que dio como resultado la creación e incorporación del ADPIC como uno de los acuerdos artífices de la OMC, así lograrían tener protegidas las patentes de sus medicinas

en casi todo el mundo, pues hay que recordar “que existen 192 países y que 147 forman parte de la Organización Mundial de Comercio”⁵¹.

La entrada en vigor del ADPIC en el caso de los medicamentos para los países en desarrollo a partir del 1 de enero de 2005, limitará el acceso de la población a medicamentos asequibles o genéricos, ya que en la mayoría de estos países existe un gran número de personas que viven en condiciones de pobreza y eso es una gran limitante para comprar medicamentos y para mantener la salud, hay que decir que aunque todos los países tenían la posibilidad de adaptar sus legislaciones sobre protección de patentes a medicamentos hasta el 2005 para que en ese mismo año entrara en vigor el ADPIC en esta materia, las presiones de las grandes farmacéuticas han sido tan fuertes que lograron que muchos países adelantaran estos procesos.

Un aspecto benéfico del ADPIC relacionado con los medicamentos es que estipula que las medicinas que no se patentaron antes de la firma del ADPIC siguen disponibles como productos genéricos, el inconveniente de este aspecto es que al aceptar “las farmacéuticas esto efectuaron la solicitud de patente para la mayoría de los medicamentos que actualmente están disponibles”⁵². Así, en los años posteriores se verán los efectos del ADPIC en el tema de la salud “cuando cualquier medicamento inventado después de la firma de éste acuerdo en 1994 sea susceptible de patentarse en cualquiera de los Estados miembros de la OMC”⁵³, lo que a largo plazo restringirá la disponibilidad de medicamentos genéricos hasta que finalice la patente; esto debería de ser una gran preocupación a nivel internacional puesto que las poblaciones de muchos países en desarrollo no podrán contar con versiones genéricas asequibles.

El Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio ha representado serias ventajas en la protección de la propiedad intelectual y en incentivar la investigación, empero

⁵¹ Organización Mundial de Comercio. Consultado en www.wto.org. 19 de noviembre de 2004.

⁵² Boulet, Pascale y Cohen Rachel. *Op. Cit.* p. 431

⁵³ *Ibidem* p. 432

en el caso de los medicamentos genéricos ha representado grandes limitaciones porque para muchos países en desarrollo y los menos desarrollados la producción de medicamentos genéricos se ha vislumbrado como una manera de lograr que la población de dichas naciones tenga acceso a las medicinas y la posibilidad de mejorar las condiciones de salud de enfermos con SIDA y Cáncer prolongándoles la vida y erradicando enfermedades como la tuberculosis o la viruela.

Bajo esta situación, los países en desarrollo presentaron un documento en junio del 2001 ante el Consejo del ADPIC de la OMC pidiendo “que el acuerdo del ADPIC fuera aplicado de modo de no minar la capacidad de los Estados de formular y llevar a cabo sus políticas de salud pública”⁵⁴ y que no se antepusiera la protección de las patentes y las ganancias de las grandes farmacéuticas al acceso de la población de los países en desarrollo a medicamentos, más allá de la protección de las patentes, puesto que no debe estar por encima de la salud pública; dicho documento se conoce como la declaración de Doha.

Este documento fue firmado por todos los países en desarrollo y comprende 7 artículos que resaltan que los miembros de la OMC deben de adoptar medias para proteger la salud pública “y evitar abusos por parte de las personas que detentan las patentes, por medio de los precios excesivos de las medicinas y la oferta insuficiente para atender las demandas del mercado”⁵⁵, así mismo , establece que la OMC debe ayudar a facilitar los mecanismos para la importación y exportación de medicamentos genéricos, bajo el marco del ADPIC, dicho aspecto se refiere al párrafo 6 del acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el comercio que se vincula claramente con las medicinas y los tratamientos terapéuticos.

La declaración de Doha es muy significativa en ese sentido porque establece que ningún acuerdo de protección a la propiedad intelectual puede afectar las

⁵⁴ Lima Rêgo, Elba Cristina. *Op. Cit.* p.66

⁵⁵ *Idem*

condiciones de acceso a salud y medicamentos y que los Estados deben de ser los únicos garantes y ejecutores de las disposiciones de salud pública, velando siempre por el beneficio de la población, razón por la cual el ADPIC debe ser interpretado y efectuado para apoyar a los países miembros de la OMC en esta materia, de igual manera se establece por medio de la declaración que los países menos desarrollados tienen hasta el año 2016 para adaptar sus legislaciones sobre protección de las patentes a los medicamentos, pues ese mismo año entrará en vigor en estos países el ADPIC relativo a medicinas.

Sin embargo, hay que señalar que la declaración de Doha no es un instrumento legal, y que sólo ha ejercido presión ante los comités del ADPIC y los directivos de la OMC, pero no establece lineamientos legales para que los medicamentos no estén protegidos en estos países, pues solo apela a que los Estados lleven a cabo las políticas de salud y seguridad que crean convenientes y se ampara en la utilización de las salvaguardias, mismas que si no están incorporadas en la legislación de patentes de los países miembros, como se mencionó anteriormente, no podrán ser utilizadas, aunque lo establezca la Declaración de Doha, razón por la cual los países no están exentos de las presiones de las farmacéuticas para proteger sus patentes y garantizar sus derechos exclusivos traducidos en ganancias, dejando así la declaración como un mecanismo de buena fe que no puede obligar a las farmacéuticas a respetar las disposiciones de salvaguardias, ni el establecimiento de políticas en materia de salud para la protección de las personas garantizando medicamentos asequibles a menos que los Estados sean quienes lo hagan.

Cierto es que la Declaración de Doha representa una victoria para los países en desarrollo, pero también tiene grandes vacíos legales y comprende la responsabilidad de cada Estado para luchar por la salud de su población, además hay que considerar que aún falta mucho por hacer, porque el impacto y las implicaciones de este acuerdo se verán en los próximos años y no sólo en el acceso a los medicamentos, sino también en la posibilidad de patentar genes y

microorganismos, la cual ya es permitida en Estados Unidos, lo que ha originado que las farmacéuticas busquen proteger éstas futuras aplicaciones de la industria en el ADPIC, además de las sustancias y microorganismos de las plantas medicinales, lo alarmante es que las farmacéuticas ya están llevando a cabo diversas presiones para lograrlo, puesto que están teniendo lugar amplias discusiones al respecto”⁵⁶.

Lo complejo de esta situación, es que si se logran incorporar al ADPIC la protección de genes y micro-organismos, ya no sólo será el problema del acceso a los medicamentos, sino se tendrán “grandes obstáculos para tratamientos más eficaces contra una gran cantidad de enfermedades basados en la ingeniería genética, los cuales al estar patentados, serán en un futuro, como ahora lo es el acceso a los medicamentos, un gran problema”⁵⁷ que manifestará una discriminación más severa entre los que pueden pagar y los que no por un tratamiento genético patentado y eso representará, como en la actualidad la diferencia entre la vida y la muerte.

1.5. La industria farmacéutica en el mundo

La industria farmacéutica mundial es una de las más grandes e importantes, ya que tiene como objeto la producción, distribución y venta de medicamentos, los cuales sirven para mantener la salud y salvar vidas. Por tal razón, “la industria farmacéutica ha tenido, tiene y tendrá enormes implicaciones sociales, políticas y económicas en todos los países del mundo”⁵⁸. Las empresas farmacéuticas han logrado controlar y erradicar algunas enfermedades, lo que ha repercutido en un cambio “positivo de los patrones de mortalidad en muchas partes del planeta”⁵⁹, lo

⁵⁶ *Ibidem* p. 67

⁵⁷ *Idem*

⁵⁸ Gutierrez Ríos, Diana Celeste. La Industria farmacéutica mundial. Tesis de licenciatura de Administración de empresas de la Universidad de las Américas (UDLA) Puebla. Cholula, Puebla, 2003. p. 8

⁵⁹ *Idem*

que explica, su fuerza, poder y el interés de los gobiernos en regularlas, así como las cuantiosas ganancias económicas que tienen en todo el orbe.

Cabe señalar, que la industria farmacéutica “tiene características diferentes en relación a otros sectores, pues su principal característica es el elevado gasto que hace en investigación y desarrollo para aplicarlo en la creación de nuevos procesos y productos”⁶⁰, aspecto que le permite establecer excesivos precios a sus artículos para que las personas puedan seguir manteniendo la salud.

Por lo anterior, se entiende la gran importancia de la industria farmacéutica en el mundo, pero no siempre fue así, ya que “a partir de la segunda Guerra Mundial la industria farmacéutica sufrió grandes cambios estructurales”⁶¹, que se pueden entender en 3 etapas: la primera de ellas es la que comprende el período de 1940 a 1960 y es “conocida como la era dorada de la industria por la incursión en el mercado de un amplio rango de componentes sintéticos y el advenimiento de la salud pública, junto con el surgimiento de la prosperidad económica y la estabilidad política en muchos países”⁶², lo que propició un crecimiento importante en el mercado farmacéutico.

La segunda etapa se conoce como la “etapa de la regulación que va de 1960 a 1980 y se caracterizó por el creciente descontento público con la industria farmacéutica a nivel internacional, especialmente en Estados Unidos y Gran Bretaña, lo cual condujo a mayores controles por parte de estos gobiernos sobre las prácticas de sus empresas”⁶³, que se referían a utilidades excesivas, acciones poco éticas y altos precios de los medicamentos.

⁶⁰ Cilento Dias, Claudia. *Medicamentos genéricos no Brasil de 1999 a 2002: análise da legislação, aspectops conjunturais e políticos*. Tesis de maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. 2003. p. 7

⁶¹ Gutiérrez Rios, Diana Celeste. *Op.cit.* p. 8

⁶² *Idem*

⁶³ *Idem*

La tercera etapa es conocida como la de “consolidación de la industria farmacéutica mundial y abarca de 1980 a la fecha, la cual se ha caracterizado por la proliferación de fusiones y adquisiciones tanto nacionales como internacionales y alianzas estratégicas para preservar sus intereses. En las décadas pasadas el poder y la fuerza de las farmacéuticas se ha centrado en los altos costos de los medicamentos”⁶⁴ lo que es resultado de las grandes cantidades de dinero que se invierte en la investigación y el desarrollo, argumento por el cual, estas empresas han buscado “proteger sus productos” y mantener su coto de poder mediante las patentes, sin embargo esta situación ha empezado a cambiar.

Cabe señalar que la investigación y el desarrollo de nuevos productos le ha conferido a la industria el poder de establecer los precios que quiera a las medicinas que produce, lucrando así con la salud, pero también les ha dado la posibilidad de concentrar la industria farmacéutica mundial en muy pocas empresas, esto obedece a que mientras mayores innovaciones científicas y mayor desarrollo de nuevos productos que puedan controlar y curar las diversas enfermedades sea producto de estas empresas, seguirá creciendo la credibilidad y confianza de las personas a nivel mundial en las empresas que producen esos fármacos, pensando que si sirven para mantener la salud no importa su precio. Es importante señalar que por lo general estas empresas pertenecen a países industrializados y en su mayoría es donde prevalece esta idea de que como invierten mucho en la investigación y el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos, no importa el costo siempre que sean eficientes en la cura de las distintas enfermedades.

Bajo la lógica anterior, puede comprenderse que los elementos de innovación, inversión y desarrollo de nuevos fármacos les da a estas empresas el poder de mantenerse en el mercado y controlarlo, dependiendo de los productos que “inventen” al año, la efectividad de los mismos y el tamaño de sus empresas. Lo anterior puede entenderse en el hecho de que la industria farmacéutica mundial

⁶⁴ *Ibidem* p. 9

está controlada por 20 principales farmacéuticas, de las cuales 10 son las más fuertes y llevan a cabo las directrices sobre el mercado farmacéutico de todo el orbe, ya que juntas acaparan el 58.4% del mercado internacional.

Las 20 empresas son: *Glaxo Smith-Kline, Merck, Hoechst Marion Roussell, Bristol-Myers Squibb, Pfizer-Pharmacia, Johnson & Johnson, F. Hoffman-Roche, Novartis, Rhone Poulenc Rorer, Bayer, Eli Lilly, Schering Plough, Abbott, AstraZeneca, Aventis, Wyeth, Upjohn, Sankyo y Takeda*. Las 10 empresas más fuertes son por orden de importancia en ventas que tuvieron en 2003: *Pfizer-Pharmacia, Glaxo Smith-Kline, Merck & Co, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Aventis, Bristol-Myers Squibb, Novartis, Eli Lilly y Wyeth*. Es importante establecer que todas estas empresas pertenecen a países industrializados europeos y a Estados Unidos, pues 6 de estas pertenecen a ese país (*Pfizer-Pharmacia, Johnson & Johnson, Merck & Co, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly y Wyeth*) y las otras 4 pertenecen a Gran Bretaña (*Glaxo Smith-Kline y AstraZeneca*), Francia (*Aventis*) y Suiza (*Novartis*).

Aunado a ello, hay que decir que de sea lista las 4 hermanas de la farmacéutica, como se les conoce a *Glaxo Smith Kline, Pfizer, Merck y Eli Lilly*, son las empresas más fuertes a nivel internacional y por ende son las que tienen mayores ingresos; un dato significativo es que 3 de estas empresas son estadounidenses, a saber: *Pfizer-Pharmacia, Merck & Co y Eli Lilly*.

El sector farmacéutico es uno de los cuales ha registrado un gran aumento tanto de industrias como de ganancias en los últimos 30 años. Es evidente que es una de las industrias más rentables, puesto que en el año 2003, encabezó la lista de las 500 empresas de mayor fortuna en todo el orbe y obtuvo ganancias en ese año de 322,000 millones de dólares, lo interesante es que la industria farmacéutica es el sector que tiene más ganancias netas en todo el planeta.

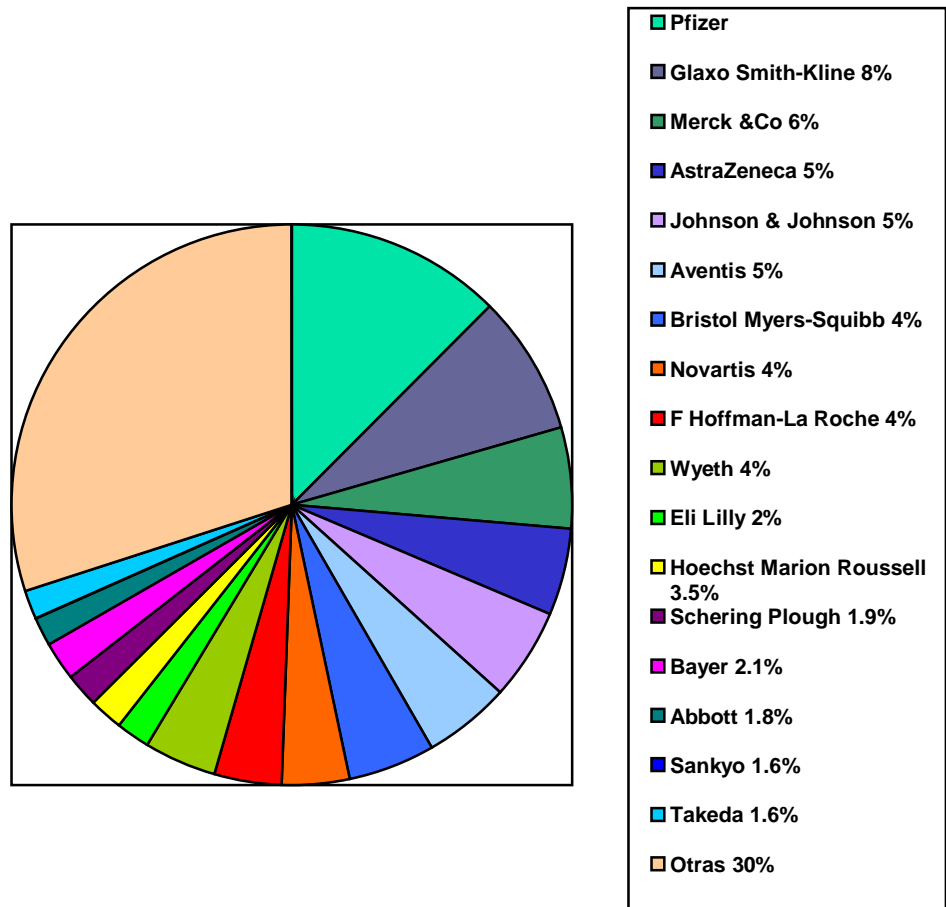
El mercado mundial farmacéutico está dominado por solo 10 países, que son los mayores productores, y son: Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Suiza, Suecia, Italia, España y Japón. Lo interesante de esto es que la “industria farmacéutica está compuesta por aproximadamente 10,000 compañías individuales alrededor del mundo, pero sólo 100 de ellas tienen una participación significativa en el mercado internacional”⁶⁵ y de esas 20 dominan más del 60 % de ese mercado y 10 de ellas son estadounidenses.

La importancia de las farmacéuticas es tan grande que determinan sin ningún obstáculo los precios de los medicamentos que son regulados por la ley de la oferta y la demanda, así como el establecimiento de aumentos o disminuciones en los productos farmacéuticos.

Gráfica N° 1

Participación en el mercado de las 20 principales farmacéuticas que controlan el 75.3% a nivel internacional.

⁶⁵ Gutiérrez, Diana. UDLA Puebla *Op. Cit* p.12



Fuente: Elaboración de la autora con datos del grupo *etc* y *La industria farmacéutica en el mundo*, Tesis de Diana Celeste, Gutiérrez Ríos. Tesis de Administración de empresas de la Universidad de las Américas (UDLA)- Puebla. Cholula, Puebla, México. Diciembre de 2003. p.9

1.5.1. El poder de la industria en el mundo.

La industria farmacéutica tiene un enorme poder a nivel mundial, no sólo por las grandes ganancias que percibe anualmente o por vender

medicamentos a los precios exacerbados que establezcan ni por ser uno de los oligopolios más rentables del planeta, sino porque ha logrado convertirse en un influyente actor nacional y en un actor internacional a través de las 10 más grandes farmacéuticas transnacionales, estableciendo sus intereses en las agendas de sus gobiernos, quienes debido a las grandes ganancias y productividad que tienen estas empresas en sus países han llevado a cabo diversas leyes para proteger el sector⁶⁶ en sus países y en el mundo.

Las características de las empresas farmacéuticas coinciden con las características básicas de “empresas transnacionales, al ser una industria altamente oligopólica y muy extendida en la que el número de empresas relativamente enormes, pertenecientes a un grupo reducido de países dominan casi la totalidad de la producción, investigación y comercialización de los fármacos en el mundo, lo que les da un poder comercial a las empresas para dominar un mercado, establecer sus reglas en cualquier lugar y obtener beneficios mayores a los que obtendrían en una situación competitiva”⁶⁷

Las farmacéuticas son un ejemplo tangible de cómo las grandes corporaciones ejercen un claro poder en sus países y en todo el mundo, muestran fehacientemente cómo las empresas transnacionales llevan a cabo acciones cómo si fueran independientes pero siempre recurren a la defensa y protección jurídica de sus gobiernos.

⁶⁶ Un claro ejemplo de lo anterior es Estados Unidos, puesto que con la administración de Ronald Reagan se inició un proceso de apoyo a la industria, no sólo en las políticas del gobierno, sino también en las leyes del mismo, que le otorgaban al sector grandes prerrogativas, ya que a partir de 1980 “el Congreso estadounidense aprobó diversas leyes para acelerar la investigación básica realizada con financiamiento público en productos farmacéuticos nuevos. El objetivo era mejorar la posición de la industria estadounidense de alta tecnología en el mercado mundial. Ver Angell, Marcia. “La verdad sobre las compañías farmacéuticas” en *Boletín Fármacos* Vol.7, núm. 5, 2004.S/L. p.51.

⁶⁷ Collazo Herrera, Manuel”. El poder del mercado de la industria farmacéutica” en *Boletín de farmacéutica cubana* , Vol. 31, Núm. 2. Centro de Investigación y desarrollo de medicamentos, La Habana Cuba, 1997. p.120

La industria farmacéutica es una muestra del elitismo corporativista⁶⁸, muy presente en Estados Unidos, ya que este país defiende legalmente a nivel internacional a todas sus corporaciones y en especial a las farmacéuticas, con las que tienen estrechos vínculos.

Bajo esta lógica, debe decirse que el poder de las farmacéuticas es notorio, puesto que han logrado que sus gobiernos lleven a cabo acciones internacionales para seguir teniendo un control monopólico de sus productos, como se ha visto en el Acuerdo de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio(ADPIC), que es una muestra fehaciente del poder del *gran Farma* ⁶⁹.

Por otra parte, el poder económico que tienen les permite tener grandes márgenes de acción para “atraer a las instituciones que puedan entorpecer su camino”⁷⁰ y sus designios incluyendo a personas del gobierno de sus países, así como centros de investigación y a personas relacionadas con la profesión médica, ya que sus rangos de ganancia pueden permitirlo pues van del 30 al 42%⁷¹.

Cabe señalar, que 6 de las empresas del *gran farma* “forman parte de la Asociación farmacéutica de investigación y manufactura de Estados Unidos

⁶⁸ Para los efectos de la investigación defino al elitismo corporativista tomando en cuenta algunos de los conceptos que el Dr. José Luis Orozco establece en su artículo “Darwinismo y elitismo corporativo” *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, No.127, año XXXIII, Enero-marzo de 1987, México. Pp.91-108 como un grupo muy reducido de empresas que dirigen y controlan el mercado del sector en el que son especialistas y que además monopolizan otros sectores. En el caso de la industria farmacéutica es muy claro que responde a esa definición porque algunas de las 10 grandes empresas que controlan el mercado farmacéutico mundial también son parte de las principales empresas de biotecnología a nivel Internacional como *Johnson & Johnson, Eli Lilly y Schering Plough*, como se verá posteriormente. Además algunas de éstas grandes farmacéuticas también son parte de las 10 corporaciones de semillas más grandes del mundo como es el caso de *Bayer*. De igual manera algunas farmacéuticas forman parte de las empresas farmacéuticas de veterinaria más fuertes en el orbe, pues claro ejemplo son: *Pfizer, Bayer, Novartis y Scherng.Plough*. Cabe señalar que un aspecto muy importante en el elitismo corporativista y en especial en la industria farmacéutica es que las empresas más fuertes llegan a acuerdos entre ellas para destruir a las empresas medianas y pequeñas de otros países y de los suyos con ayuda y la protección legal de sus gobiernos, lo anterior se hace porque consideran que las estas pequeñas y medianas empresas son obstáculos para controlar los mercados de los países a los que pertenecen estas empresas.

⁶⁹ Denominación que se le da a las 10 empresas farmacéuticas más grandes del mundo.

⁷⁰ Angell, Marcia. “la verdad sobre las compañías farmacéuticas” en *Boletín fármacos*. Vol. 7, N. 5, 2004. p.51

⁷¹ Ribeiro, Silvia. “La inversión en los genes” en *la Jornada* México, 30 de agosto de 2004. Consultado en www.jornada.unam.mx el 13 de enero de 2005.

(PhRMA por sus siglas en Inglés), que es la instancia por medio de la cual éstas empresas farmacéuticas articulan su poder para incluir sus propuestas e intereses “tanto en su gobierno como en organizaciones internacionales como la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Mundial de Comercio”⁷². De igual manera PhRMA es muy útil para determinar las acciones y sanciones que el gobierno de Estados Unidos tomará con los diversos países que atentan contra los intereses de sus empresas y por ende de ese país.

Otro de los ámbitos en donde se ve el poder de las farmacéuticas es en los países en desarrollo, en donde al respaldarse bajo protección de sus gobiernos, pueden establecerse en estos países y en los menos desarrollados mediante peticiones específicas, cláusulas ventajosas y tratos especiales designados en los tratados comerciales. Razón por la cual, estas transnacionales son las que establecen sus condiciones para llevar sus empresas en estos países y obtener cuantiosos beneficios comerciales a un a costa de las quiebra de las empresas farmacéuticas nacionales y de los estragos que sufra la población, en vez de que sean los gobiernos, quienes impongan sus condiciones y reglas para que entren estas empresas en sus territorios.

Así el poder de las grandes farmacéuticas no solo está presente en el mercado de sus países sino en el mundial a través del ámbito político, (como se ve en las organizaciones internacionales), económico (por la fuerza del mercado que tienen) y social (por las implicaciones que sus acciones y sus políticas tienen en la población de todo el orbe y en especial de los países en desarrollo y menos desarrollados, que son quienes en realidad pagan todo el costo de ese poder.

1.5.1.1. Fusiones a nivel mundial

⁷² Ribeiro, Silvia. “Genéricamente hipócritas” en *la Jornada*, México, 18 de abril de 2003. Consultado en www.jornada.unam.mx el 7 de diciembre de 2004.

Las fusiones de estas grandes farmacéuticas son un mecanismo eficaz para seguir preservando su poder, ya que las alianzas estratégicas entre las farmacéuticas más importantes representan un artífice muy importante para llevar a cabo sus diversas acciones y tener mayor influencia en el mercado internacional.

En este sentido puede entenderse por qué “durante las últimas 2 décadas, las fusiones y adquisiciones nacionales e internacionales de las empresas han sido un factor esencial en la creciente producción y venta de medicamentos de la industria farmacéutica mundial”⁷³.

El incremento y el mantenimiento de poder no son las únicas razones para que estas empresas realicen fusiones, ya que los incrementos en los costos de investigación y desarrollo, “los aumentos de controles gubernamentales para reducir los gastos públicos en la salud y los altos costos que implica aprobar un nuevo medicamento”⁷⁴ han sido razones fundamentales para llevar a cabo fusiones a nivel nacional e internacional, aspecto que seguramente estará presente en el futuro.

Un aspecto significativo de las fusiones es que éstas y las alianzas estratégicas no sólo se realizan entre las compañías farmacéuticas sino que se están expandiendo hacia otros sectores como las empresas de biotecnología, medicina veterinaria, empresas de distribución de fármacos o cadenas de fármacos. Lo anterior es muy lógico, si se ve que la industria farmacéutica es una de las más grandes del mundo, que tendrá mayores ingresos económicos si abarca diversos sectores y logra tener en los mismos una presencia fuerte a nivel internacional.

1.5.1.2. Vínculos políticos, económicos y médicos de las grandes farmacéuticas

⁷³ Gutierrez Ríos, Diana. Universidad de las Américas (UDLA) Escuela de Administración de empresas, Cholula, Puebla, diciembre 2003.p.15

⁷⁴ *Idem*

Para articular el enorme poder económico, político y social que la industria farmacéutica tiene a nivel internacional, necesita de sólidos vínculos con políticos y mandatarios de sus países, elites económicas, financieras y médicas, funcionarios en puestos decisivos a nivel internacional y con miembros de corporaciones afines.

Para la industria farmacéutica todo lo anterior es indispensable para seguir manteniendo su privilegiada posición ya que es el segundo complejo empresarial más grande del mundo. Cabe señalar que las farmacéuticas británicas y estadounidenses son las más fuertes y mejor posicionadas en el mercado farmacéutico internacional, razón por la cual encabezan las exportaciones de medicamentos en todo el orbe.

A) Vínculos políticos

Estados Unidos

En el sentido político es muy claro que las principales empresas farmacéuticas estadounidenses tienen estrechos vínculos con políticos, pues es significativo ver la relación que George W. Bush tiene con las farmacéuticas de su país, puesto que “llegó al poder apoyado por el Gran Farma estadounidense, que donó millones para su campaña, puesto que la cifra fue el doble que dio a la campaña del partido demócrata, ya que “entre los principales donadores a la campaña se encuentran *Bristol Myers-Squibb* que aportó 2,100 millones de dólares, *Pfizer* destinó 1,900 millones de dólares a este fin y *Schering Plough* dio 900,000 millones de dólares. Varios de los políticos que apoyaron a George W. Bush en sus dos campañas tienen estrechos lazos con directivos de la industria”⁷⁵.

⁷⁵ Le Carré, John. “El Gran Farma” en el *País*. Febrero 16 de 2003. p. 2.

El actual presidente de Estados Unidos apoya claramente a las farmacéuticas, puesto que las ha ayudado a mantener sus “derechos” y proteger sus intereses. Por otra parte, el apoyo de las farmacéuticas a los políticos estadounidenses no solo se circunscribe al ámbito nacional, puesto que la empresa británica *Glaxo Smith Kline* también destinó 1,300 millones de dólares a la campaña de reelección de George W. Bush, esto obedece a que como la empresa farmacéutica tiene grandes privilegios en Estados Unidos, las grandes transnacionales también gozan de esos beneficios como es el caso de la farmacéutica británica *Glaxo Smith- Kline*.

Otro caso significativo que muestra los estrechos vínculos entre la industria farmacéutica y los políticos, es el hecho de que muchos congresistas estadounidenses mantienen fuertes vínculos con las farmacéuticas, debido a que algunos de ellos tuvieron altos cargos ejecutivos en éstas empresas y a que “reciben cuantiosas canastas de medicamentos y algunas retribuciones por su apoyo a la industria”. Así, esta estrecha relación permite la propuesta y aprobación en el Congreso estadounidense de leyes que beneficien notablemente a las farmacéuticas en su país y en ocasiones en todo el mundo.

De igual manera, la relación de Donald Rumsfeld, ex ministro de defensa estadounidense, con la industria farmacéutica ejemplifica como los políticos son artífices de la preservación del poder de las industrias farmacéuticas en sus países y en el orbe; puesto que el ex ministro de defensa “fue ejecutivo hasta su reincorporación al gobierno, de una empresa farmacéutica transnacional que ya había obtenido en los últimos tiempos importantes negocios públicos en el marco de la prevención de posibles ataques químicos y biológicos en Estados Unidos”⁷⁶. Esa empresa es *Gilead Science*; otro de los fuertes vínculos de Donald Rumsfeld es que fue “presidente del Consejo de administración de varias empresas biotecnológicas y farmacéuticas, entre otras la farmacéutica G.D. *Searle*”⁷⁷, que

⁷⁶ Muro, Antonio. “mitos y realidades de la industria farmacéutica”, boletín núm. 50, 2003. consultado en www.dsalud.com/numero50 31 de enero de 2005.

⁷⁷ Rath, Matthias. *Op. Cit.* p.14

actualmente es parte de *Pharmacia*, empresa que se fusionó con *Pfizer* y acapara el 12% del mercado mundial. Aunado a ello, durante “varias décadas, desempeñó el papel de organizador estratégico del negocio farmacéutico”⁷⁸ aspecto que ayudó al crecimiento de la industria en Estados Unidos y a mantener la fuerza del Gran Farma.

B) Gran Bretaña

En este mismo sentido, la empresa farmacéutica *Glaxo Smith-Kline* es también una muestra de las relaciones que existen entre los políticos y la industria farmacéutica. Ya que sus relaciones con políticos para el apoyo de la industria tiene origen desde la creación de la Corporación *Wellcome*, que a lo largo de 150 años se fusionó con varias firmas y la última gran fusión fue del grupo *Glaxo Wellcome* en el año 2000 con *Smithkline Beecham*.

La corporación *Wellcome* fundada en 1880 constituyó una empresa poderosa apoyada en un eje anglo-estadounidense y se basó por concretar sus operaciones y tener mayores beneficios y ganancias tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña. Para lo anterior buscó tener sólidos vínculos políticos, sociales, económicos, en medios de comunicación y médicos. Su estructura en Gran Bretaña se centró en la manufactura de medicamentos por medio de la fundación *Wellcome*, en funciones administrativas representado por el *Unicorn House* y un Centro de operaciones financieras dirigida por la corporación *Wellcome*, aunado a ello contaban con estrechas relaciones académicas y administrativas que eran financiadas por la corporación *Wellcome*. El mayor inversionista de la corporación siempre fue Rockefeller, quién pensó en diversificar “sus empresas” e invertir en investigación en la Gran Bretaña.

Bajo esa mecánica funcionó la corporación hasta 1936, año en que se crea la corporación *Wellcome* Británica y se asocia con todas las actividades de investigación médica y académica británica en el sector farmacéutico. Puesto que

⁷⁸ *Idem*

Rockefeller había creado muchos centros de investigación y un complejo universitario en Londres. La corporación *Wellcome* siempre tuvo el soporte de dos grandes grupos económicos el Rockefeller y el grupo británico Rotschild.

Así estos dos grupos siempre tuvieron una “gran capacidad disuasiva sobre las elites políticas, financieras y médicas de la Gran Bretaña, así como en los medios masivos, en donde la BBC de Londres fue muy importante en el apoyo de la industria, ya que su director Lord Swan participaba en la corporación *Wellcome* hasta 1990”⁷⁹. Además de ello hay que denotar que *Glaxo Smith Kline*, heredera del poder de la corporación *Wellcome*, ha tenido esa posición privilegiada por la relación especial con los gobiernos de Gran Bretaña y de Estados Unidos, ya que por medio de la influencia y las relaciones de Rockefeller y del grupo Rotchild, esta empresa farmacéutica ha tenido grandes prerrogativas en Gran Bretaña, ya que por medio de la corporación *Wellcome*, *Glaxo Smith-Kline* ha logrado mantener con los más importantes sectores de poder de Gran Bretaña, puesto que tiene presencia en la cámara de los comunes y de los Lores, además del Comité Parlamentario sobre asuntos científicos y el Consejo de Ciencia y Tecnología que recomienda y aconseja al gobierno británico sobre asuntos de Ciencia y servicios sanitarios, en donde se encuentra desde 1982 y hasta 1990, el señor Alfred Shepperd, quien fue presidente de la fundación *Wellcome*. ”⁸⁰

Así, los vínculos entre políticos y la farmacéutica *Glaxo Smith-Kline* no han cesado, ya que el grupo Rothschild apoyan de manera clara a la industria, mediante cabildos y presiones con parlamentarios para beneficiar a la industria. De igual manera “Anthony Blair, primer ministro del Reino Unido tiene fuertes vínculos con la industria farmacéutica y especialmente ha sido artífice para darle mayores beneficios y una mejor posición de *Glaxo Smith-Kline*, la cual es una fuente económica muy importante en ese país y por medio de sus relaciones con

⁷⁹ Artículo publicado en el número 36 de la revista «Medicina Holística». Edita: [Asociación de Medicinas Complementarias \(A.M.C.\)](#), consultado en www.free-news.org, el 19 de enero de 2005.

⁸⁰ Idem

George W. Bush ha logrado que *Glaxo Smith-Kline* tenga privilegios a nivel mundial, en Gran Bretaña y Estados Unidos”⁸¹.

C) Alemania

Bajo esta misma lógica, Las empresas farmacéuticas alemanas tienen claros y estrechos vínculos políticos que les han permitido tener una posición privilegiada en su país, ya que actualmente “400 parlamentarios alemanes regionales y nacionales son ex altos funcionarios de la farmacéutica *Bayer*, quienes se reúnen mensualmente con la dirección de la empresa, la cual los presionar para que favorezcan a la industria en sus leyes y para tenerlos controlados; además, estos parlamentarios propician el hecho de que el gobierno alemán les favorezca o financie con fondos públicos investigaciones importantes para el desarrollo de nuevos medicamentos que luego generarán beneficios privados”⁸². En este sentido es claro que “no es que permitan, los gobiernos esto, sino que son la parte subsidiaria de los consejos de administración de farmacéuticas como *Bayer*. Razón por la cual el gobierno alemán ha exculpado a *Bayer* de toda responsabilidad de diversas acciones que se le imputan, puesto que se ha negado a iniciar procesos legales en contra de la empresa, a pesar de que hay pruebas que demuestran su responsabilidad en varios agravios a la salud como ensayos clínicos no éticos, trabas a la fabricación y comercialización de medicamentos vitales en países en desarrollo”⁸³.

Cabe señalar que la existencia de estrechos vínculos que unen a muchos de los gabinetes a nivel mundial con los consejos de administración de las farmacéuticas es un mecanismo que les ha ayudado a tener una posición privilegiada en sus países en el orbe, y que es indispensable para que la sigan manteniendo.

D) Francia

⁸¹ Rath, Matthias. Denuncia ante la Corte Penal Internacional en nombre de todos los pueblos. 14 de junio de 2003, la Haya. Tomado de la fundación de salud del Dr. Rath.

⁸² Martínez, Jordi. *Revista autogestión*, 2002. Consultado en boletín de www.solidaridad.net, 10 enero, 2005.

⁸³ *Idem*

La empresa francesa *Aventis Sanofi* también tienen vínculos con algunos congresistas que dan impulso a la industria, puesto que es una de las principales ramas de la economía francesa.

Aunado a ello, es menester decir que las farmacéuticas europeas “forman parte destacada de la mesa de Europa de industrias que se reúne periódicamente con altos consejeros de la Unión Europea para incentivar y mejorar las líneas generales de cada sector”⁸⁴.

Vínculos Económicos

Estados Unidos

Las empresas farmacéuticas además de los estrechos vínculos que tienen en el ámbito político, también tienen vínculos económicos, ya que las grandes ganancias que tienen anualmente, les permite tener relaciones con elites económicas y financieras y grupos estratégicos, en el caso de las empresas estadounidenses tienen fuertes relaciones con el grupo Rockefeller, además de personas relacionadas con el departamento del tesoro y con el departamento de Estado y representantes económicos encargados de designar a los países que atentan contra los intereses de las farmacéuticas mediante las sanciones”⁸⁵ comerciales que emprende el gobierno estadounidense por presión y recomendación del PhRMA.

Gran Bretaña

La farmacéutica inglesa también tiene vínculos con las elites financieras como el Grupo Rotschild y el grupo Rockefeller, además mediante estos grupos tan fuertes la industria logra hacer presiones en Gran Bretaña para llevar a cabo un “mayor

⁸⁴ *Idem*

⁸⁵ Le Carré, John. *Op. Cit* p.3.

rendimiento” del mercado farmacéutico y sus ganancias a nivel nacional e internacional.

Vínculos médicos

En este sentido existe una homologación de la industria farmacéutica internacional; es decir, que actúa de la misma manera en todos los países, puesto que todas farmacéuticas transnacionales a nivel nacional e internacional mantienen relaciones con médicos para que éstos recomienden a sus pacientes sus medicamentos, así como “la corrupción sistemática de la profesión médica, país por país en todo el mundo, ya que el Gran Farma ha invertido grandes cantidades de dinero para influir, contratar y comprar las opiniones científicas.

Por otra parte, también cabe señalar que otorga gratificaciones a los médicos por recomendar sus productos, así como incentivos económicos para la asistencia a congresos si se siguen incentivando sus productos entre los pacientes. Así mismo, cuentan con estrechas relaciones entre directivos de los hospitales, científicos y personal en altos cargos de los servicios de salud a nivel internacional⁸⁶.

1.5.1.3. Vínculos entre las farmacéuticas y la política internacional

Los vínculos políticos, sociales y médicos han sido esenciales para que la industria farmacéutica pudiera establecer vínculos con políticos a nivel internacional y para lograr tener una posición privilegiada, la protección de sus intereses y la expansión de sus ganancias. Para lograrlo la industria farmacéutica transnacional ha tejido redes entre importantes políticos de los países de las grandes transnacionales; además de ello, la existencia de una institución

⁸⁶*Idem*

encargada de velar porque los intereses de la industria farmacéutica transnacional de los países industrializados no sean afectados, ayuda y facilita la acción del Gran Farma en el orbe y la ampliación de sus ganancias. Dicha institución es la Comisión Trilateral, la cual fue creada a principios de los años 70 por David Rockefeller y tiene como objetivo principal “actuar para romper todas las barreras y límites que se impongan al capitalismo, al libre comercio y a los intereses de las empresas transnacionales, en especial de las farmacéuticas y las petroleras. La Comisión trilateral está formada por industriales, académicos y políticos expertos en relaciones internacionales. Sin embargo, su núcleo está constituido por un grupo de multinacionales”⁸⁷ que desarrollan todas las posibilidades para proteger a sus empresas económica, política y legalmente.

Asimismo, la Comisión Trilateral lleva más de treinta años “discutiendo y resolviendo asuntos de política internacional, antes de que sean del dominio público; un claro ejemplo es que en los últimos años de la década de los 80, comenzó su expansión hacia los países de Europa Oriental, abriendo varias de sus empresas transnacionales ahí. De igual manera, empezó la expansión hacia Japón creando la Fundación *Nipón-Wellcome*, que agrupa a diversas empresas y actualmente es una de las mejores compañías farmacéuticas de Japón”⁸⁸.

Lo anterior es consecuencia de todas las estrategias mundiales que lleva a cabo la Comisión Trilateral de la familia Rockefeller, así al consolidar su fuerza en Japón han logrado erigir el tercer pilar de la Comisión, puesto que el primero se estableció en Estados Unidos, el segundo en Europa a través del establecimiento de la corporación *Wellcome* británica para integrar los tres mayores mercados farmacéuticos que la trilateral designó como los más rentables y los aportarían mayor margen de ganancias. Por esta razón se llama la comisión trilateral por: Japón, Gran Bretaña y Estados Unidos.

⁸⁷ Artículo publicado en el número 36 de la revista «*Medicina Holística*». Edita: [Asociación de Medicinas Complementarias \(A.M.C.\)](#), consultado en www.free-news.org, el 19 de enero de 2005.

⁸⁸ *Idem*

Así tanto la comisión trilateral como las redes con mandatarios internacionales han ayudado a las farmacéuticas a tener el gran poder que tienen.

1.5.2. La influencia del neoliberalismo y de las empresas farmacéuticas en el orbe

El neoliberalismo estableció la apertura de los mercados, el libre comercio, la no intervención del Estado, la obtención de mayores ganancias comerciales, la exaltación de la libre empresa, la propiedad privada, la desregulación y la exacerbación de los intereses económicos del individuo sobre los de la sociedad. Así, el neoliberalismo con los anteriores postulados se erigió como el imperialismo actual y como la ideología o estrategia de los países desarrollados para subordinar a los demás, en este sentido puede observarse que el neoliberalismo es la adecuación de las condiciones del capitalismo actual en torno a los intereses de los países industrializados, que puede traducirse en el mejor posicionamiento de las empresas transnacionales de estos países, en esa lógica se circunscribe las ganancias excesivas de todas estas empresas en el orbe y que han sido privilegiadas, beneficiadas y protegidas bajo el marco del neoliberalismo mediante los postulados de la libre empresa, el libre comercio, la desregulación y la no intervención del Estado, puesto que bajo este mecanismo, las empresas transnacionales han logrado imponer sus condiciones en todo el planeta y llevar a cabo su misión de tener mayores ingresos económicos a costa de quien sea y de lo que sea.

Con esta dinámica muchas pequeñas y medianas empresas de países en desarrollo y de los menos desarrollados han sido devastadas y desarticuladas por las grandes transnacionales ante las cuales no pueden competir; de igual manera, lo anterior ha servido para hacer la brecha más grande entre ricos y pobres y para aumentar la pobreza a nivel internacional. Sin embargo, para las empresas transnacionales la influencia del neoliberalismo en el mundo se ha establecido como el mecanismo idóneo “para expandir el mercado y las ganancias”⁸⁹.

⁸⁹ *Idem*

El neoliberalismo nació bajo el amparo de Ronald Reagan y Margaret Thatcher sus “creadores y ejecutores iniciales”, puesto que comprendieron la lógica de evitar todos los obstáculos que pudieran tener sus empresas, esgrimiendo la falacia de que “hagan lo que hagan las grandes empresas comerciales a corto plazo, en última instancia se mueven por razones éticas y por consiguiente, su influencia es beneficiosa para el mundo. Y cualquiera que piense lo contrario es un hereje del capitalismo y un neocomunista”.⁹⁰

Cabe señalar que con el neoliberalismo y en especial con la presidencia de Ronald Reagan en Estados Unidos se cambió la percepción sobre las grandes riquezas, puesto que se dejó de creer que la “reputación de las grandes riquezas no era buena”⁹¹, pero todo eso cambió puesto que ahora los grandes postulados establecían que era “ético” tener mayor capital y si se podía tener más dinero era mejor, así el capitalismo incentivó la transformación de las sociedades haciéndoles creer que lo más importante es el capital y el consumo, lo anterior se vio reflejado en todo el mundo y especialmente en “Estados Unidos en donde tener dinero se convirtió en sinónimo de triunfador y vencedor de todas las adversidades sobre los perdedores que eran los pobres, así la brecha entre ricos y pobres se amplió tanto hasta llegar a la actualidad, en donde la diferencia es abismal”⁹². Así en el gobierno de Reagan, las empresas transnacionales tuvieron un gran apoyo mediante las políticas del gobierno, una de las industrias más beneficiadas fue la farmacéutica, la cual comenzó a tener privilegios gubernamentales no solo en políticas sino también plasmado en leyes.

En este contexto, se fortificaron antiguos vínculos políticos y económicos ya existentes y se crearon nuevos, así los ejecutivos de la industria farmacéutica rápidamente se convirtieron en “vencedores” y sentaron las bases para expandir su posición privilegiada a todo el mundo, estableciendo sus condiciones y dominio.

⁹⁰ Le Carré, John. *Op. Cit.* p. 2

⁹¹ Angell, Marcia. *Op. Cit.* p.51

⁹² *Idem*

Así, a partir de 1980 se empiezan a eliminar los obstáculos nacionales e internacionales que pudieran bloquear el objetivo de aumentar su poder económico y político a nivel internacional.

Bajo el marco anterior se puede ver que los vínculos políticos, económicos y médicos de la industria farmacéutica le permiten tener y articular su coto de poder, así como establecer vínculos con políticos a nivel internacional para planear las directrices y esquemas de acción para institucionalizar su fuerza y prerrogativas bajo un marco legal, el cual es constituido por el Acuerdo de Propiedad Intelectual de la Organización Mundial de Comercio, que ha logrado fortificar la influencia y el poder de esta industria en los países en desarrollo y los industrializados.

1.5.3. El cabildeo y la presión de las grandes farmacéuticas en la negociación del ADPIC de la OMC

Los vínculos políticos anteriormente descritos son una muestra fehaciente de cómo las farmacéuticas llevan a cabo diversos mecanismos de presión y cabildeo para lograr sus fines. Dichos vínculos han existido siempre, es decir desde la creación de la industria farmacéutica en Estados Unidos se empezaron a tejer dichos lazos y redes de relaciones que pudieran ayudar a la industria. Empero fue muy evidente hasta 1980 cuando “el congreso estadounidense aprobó diversas leyes para acelerar la transformación de investigación básica, realizada con financiamiento público en productos nuevos, con esto se pretendía mejorar la posición de la industria farmacéutica estadounidense de alta tecnología en el mercado mundial”⁹³.

De esas leyes, las más importantes fueron la *Bayh-Dole* que tiene ese nombre porque la propusieron el senador Birch Bayh (demócrata del estado de Indiana y el senador Robert Dole (republicano del estado de Kansas) y establecía la

⁹³ *Idem*

“autorización a las universidades y a las pequeñas empresas a patentar los descubrimientos que emanaran de la investigación realizada en los Institutos Nacionales de la Salud, que en Estados Unidos es el mayor distribuidor de fondos de impuestos para investigación en medicina, y a que luego dieran licencias exclusivas a las compañías farmacéuticas”⁹⁴. Esta ley ocasionó que la investigación que era de dominio público, fuera utilizada para la creación de nuevos medicamentos y patentes de las empresas farmacéuticas, evitándoles gasto en investigación.

Otra de las leyes autorizó que los descubrimientos de los Institutos Nacionales de la salud pasaran directamente a la industria farmacéutica. En ese mismo sentido, la ley *Hatch-Waxman*, aprobada en 1984 por el congreso y denominada de esa manera por el nombre de los congresistas que la propusieron determinó la extensión del período de “las patentes para los medicamentos de marca, aspecto de vital importancia, porque durante ese tiempo ninguna otra compañía puede vender el mismo producto y eso permite tener grandes ganancias de un “medicamento exclusivo”. Bajo esta misma lógica en 1990 se aprobó otra ley para prolongar a un más el período de la patente. Así se extendieron los períodos de las patentes de 8 años en 1980 a 20 años en el 2004.

Lo anterior obedece al fuerte cabildeo que desempeñan las empresas farmacéuticas en el Congreso estadounidense, puesto que no sólo repercute en leyes sino en la modificación de regulaciones de la Agencia de Medicinas y Alimentos(FDA), el organismo que supuestamente se encarga de regular la industria, esto es gracias a las presiones que hacen a la FDA, congresistas que son amigos de altos ejecutivos de las empresas farmacéuticas más importantes de Estados Unidos.

En este contexto, es muy claro el poder que tiene la industria en el Congreso de Estados Unidos, ya que mediante fuertes presiones y vínculos logró que el

⁹⁴ *Ibidem* p.52

Congreso aprobará la propuesta de que las farmacéuticas sean las que regulen los precios de los medicamentos, al aprobarse se benefició a los ejecutivos de dichas compañías, y la población estadounidense es la que está pagando las consecuencias, sin embargo el “Congreso tendrá que reconsiderar esta acción, porque en el 2006 se llevará a cabo el programa de medicamentos para el cuidado médico que se aprobó en 2003”⁹⁵ si esta situación no cambia para entonces, será evidente que acciones como esas afectarán posteriormente a la población mundial, ya que al presionar la industria farmacéutica y lograr la aceptación del Congreso querrán que organismos multilaterales como la OMC acepten sus condiciones para favorecer sus ganancias a nivel internacional.

Otro aspecto significativo es que “la industria tiene un grupo de cabilderos en Washington que contribuyen mucho a las campañas políticas”⁹⁶, con mayores cantidades de dinero como se vio en la campaña de reelección de George W. Bush, razón por la cual los muchos legisladores reciben canastas de medicamentos y cuantiosas cantidades de dinero en agradecimiento por “los favores especiales”, por lo cual están tan atados a la industria y no va a ser muy fácil que puedan y quieran romper esos lazos, porque al financiar y apoyar su campaña, de alguna manera está en deuda con ellas por lo que siguen siendo un grupo de presión y poder muy importante en Estados Unidos con grandes prerrogativas.

Cabe señalar que la industria farmacéutica tiene su propio grupo de cabildeo en el Congreso estadounidense y es uno de los más grandes y fuertes del país, tanto que cuenta con un financiamiento anual de 75 millones de dólares.

Como se mencionó antes, las empresas más importantes a nivel mundial son estadounidenses y actualmente tienen una gran presencia en el Congreso de Estados Unidos, ya que desde 1988 con el apoyo y todos los incentivos que le dio

⁹⁵ *Ibidem* p. 55

⁹⁶ *Idem*

al sector farmacéutico Ronald Reagan, se consolidaron como actores muy importantes no sólo de la política exterior sino también de la política comercial por los ingresos anuales que tenían. Durante el gobierno de Clinton, se trató de darle promoción a los medicamentos genéricos y de limitar el poder de la industria farmacéutica, pero no fue posible debido a la fuerza de ese sector. Con el gobierno de George Bush, la situación por el contrario ayudó a fortificar más la industria farmacéutica y a llenarla de enormes privilegios. Pero en el período de George W. Bush y su reelección, las farmacéuticas han tenido un papel privilegiado y grandes concesiones.

Ante tal situación las empresas farmacéuticas empezaron a tomar decisiones de forma evidente, puesto que lo habían venido haciendo desde mediados de los años 80, en lo que competía al comercio internacional y su protección a nivel mundial, lo anterior lo hacían mediante estrechos vínculos con senadores y grupos financieros muy importantes.

Bajo el contexto anterior queda claro el poder de la industria farmacéutica y la articulación de sus vínculos para hacer un fuerte e importante cabildeo en el Congreso estadounidense para después obtener grandes prerrogativas. Sin embargo, la situación no termina ahí, ya que el Congreso estadounidense ha sido la plataforma para llevar a cabo acciones internacionales como el Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC) de la OMC.

1.5.4. El cabildeo a nivel internacional para la creación del ADPIC

El ADPIC es el resultado del fuerte cabildeo que las grandes empresas estadounidenses tuvieron a finales de los años 70, “cuando las autoridades gubernamentales estadounidenses adoptaron una estrategia agresiva para garantizar la protección de los derechos de propiedad intelectual, particularmente las patentes, tanto en los foros internacionales competentes como por medio de

la presión directa junto a gobiernos de otros países industrializados. Las mayores presiones sobre el gobierno estadounidense vinieron de la industria química, farmacéutica, electrónica y de tecnologías de la información. Las principales discusiones se dieron en el seno de la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI) y al no prosperar, el gobierno estadounidense comenzó a amenazar a los países en desarrollo que eran más resistentes a la propuesta con aplicarles diversas sanciones”⁹⁷.

Posteriormente, a principios de los años 80, el congreso estadounidense mediante el cabildeo de la industria química, electrónica y farmacéutica “fue persuadido para colocar las patentes y otras leyes de propiedad intelectual como punto nodal de la sección 301 de la ley de comercio de Estados Unidos que es un instrumento legal que permite al gobierno estadounidense imponer sanciones comerciales a los países que “supuestamente perjudican” los intereses comerciales de las empresas estadounidenses”⁹⁸ mediante la acción del representante comercial de Estados Unidos.

En este contexto, como no se respetaban los derechos de propiedad intelectual a nivel mundial, las empresas farmacéuticas presionaron al gobierno de Estados Unidos en la Ronda Tokio del Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (AGAAC/GATT) para que se estableciera la protección de las patentes a nivel mundial en todos los rubros y en especial en las medicinas. Cabe mencionar que durante las negociaciones de la Ronda Tokio, empero no lo logró porque muchos países se opusieron creyendo que eso les afectaría.

Como dicha acción no funcionó se trató de incorporar en la Ronda Uruguay, que dio lugar a la OMC, dicha iniciativa mediante un fuerte cabildeo externo e interno, es decir al interior se enfatizó la presión sobre el Congreso estadounidense mediante mecanismos como los que se comentaron anteriormente y al exterior, se enviaron representantes de las farmacéuticas a la Ronda Uruguay para hacer

⁹⁷ Lima Rêgo, Elba Cristina. *Op cit.* p. 48.

⁹⁸ *Idem*

cabildeos y buscar coaliciones con los representantes de algunos países europeos como Gran Bretaña, Francia y Alemania, así como de Japón. El argumento de la industria farmacéutica estadounidense era que al no haber una protección adecuada a nivel internacional, muchos países en desarrollo podían imitar los productos farmacéuticos a bajo costo, y eso repercutía en la disminución de fondos para la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos, así como de las inversiones y en el monto de ganancias que se tenía a nivel nacional.

En este sentido se logró incorporar la reglamentación y protección de las patentes en la agenda del AGAAC/GATT como resultado del fuerte cabildeo que realizaron y por el fracaso de las empresas farmacéuticas de no lograr una amplia reforma de la OMPI. Siguiendo esta lógica, “los países en desarrollo aceptaron la inclusión del tema de propiedad intelectual impuesto por los países en desarrollo, porque éstos a cambio de este compromiso, aceptarían discutir cuestiones de interés de los países en desarrollo como era y sigue siendo el tema de la agricultura, los textiles y las salvaguardias”⁹⁹, lo que muestra que los países desarrollados nunca han cedido con respecto a esos temas.

Para lograr lo anterior, las empresas farmacéuticas trabajaron presionando a nivel bilateral y multilateral y mediante los vínculos que tenían con miembros del Comité de comercio y políticas de negociación (*ACTPN por sus siglas en inglés*), quienes habían sido directivos de muchas de las empresas farmacéuticas estadounidenses, de igual manera, compañías como *Pfizer* “establecieron que se opondrían a la ratificación de cualquier acuerdo que no fuera de su agrado”¹⁰⁰, aspecto por el cual se entiende que el “primer borrador sobre patentes fuera escrito por una coalición de transnacionales de Estados Unidos, Europa y Japón, dirigida por las farmacéuticas quienes lograron proteger sus derechos monopólicos mediante dicho “borrador”¹⁰¹. Según Edmund Pratt directivo de

⁹⁹ *Ibidem* p. 53

¹⁰⁰ *Idem*

¹⁰¹ Ribeiro, Silvia. “transnacionales farmacéuticas contra la salud” en la Jornada. México D.F sábado 6 de julio de 2002. consultado en www.jornada.unam.mx el 14 de enero de 2005.

Pfizer, estableció: “nuestras fuerzas combinadas nos permitieron establecer una red de gobiernos y sector privado que sentó las bases para crear el borrador que luego se convirtió en los ADPIC”¹⁰².

Cabe señalar, que el “borrador” establecía que se debían de proteger las patentes de los medicamentos en todos los países miembros del AGAAC/GATT que firmaran el Acuerdo de Marrakech, por el que nacía la Organización Mundial de Comercio, de igual manera, se estipulaba que si no se cumplía la protección de los derechos de propiedad intelectual se podrían llevar a cabo sanciones y penalizaciones por contravenir el sistema multilateral de comercio.

Lo significativo del borrador es que las farmacéuticas no sólo incorporaron los medicamentos, sino que también este acuerdo “impuso a todo el mundo la adopción de sistemas de patentes o sistemas de propiedad intelectual equivalentes, que legalizaron la patente de seres vivos, mundializando la biopiratería de recursos genéticos provenientes de plantas medicinales y animales para poder expandir la industria farmacéutica, mediante la creación de nuevos medicamentos sin tener que invertir grandes cantidades económicas en investigación, concentrando así, las transnacionales farmacéuticas dichas patentes”¹⁰³. Lo anterior es resultado del deseo de expansión de todas las prerrogativas que tenían en su país, puesto que como en Estados Unidos es posible esto, a raíz de que en 1987, la oficina de Patentes y Marcas consideró que cualquier cosa que existiese bajo el sol era susceptible de ser patentada, lo el Congreso estadounidense incluyó dicha estipulación dentro del régimen de patentes, aspecto que incentivó el aumento en el número de patentes de ese país, y se consolidó a nivel mundial mediante el ADPIC.

En este sentido, es de vital importancia denotar el poder de esta industria que por medio del cabildeo nacional e internacional logró imponer la protección de todos

¹⁰² *Idem*

¹⁰³ Ribeiro, Silvia. “La enfermedad de la OMC” en *La Jornada*. México D.F martes 14 de enero de 2003. consultado en www.jornada.unam.mx el 15 de enero de 2005. p.1

sus beneficios en el orbe. Lo anterior obedeció a que las empresas farmacéuticas habían presionado a Estados Unidos por las millonarias pérdidas que les había ocasionado que en muchos países en desarrollo no estaban protegidas las patentes, lo que permitió la producción de medicamentos genéricos, según el argumento de las farmacéuticas, eso era una clara violación a los derechos de propiedad intelectual y había que hacer algo para que las patentes de los medicamentos estuvieran protegidas en éstos países que estaban incurriendo en ilegalidades y prácticas desleales de comercio.

Este aspecto quedó muy claro en la inclusión de los medicamentos en el ADPIC para proteger las patentes y evitar que se afectaran sus intereses y ganancias puesto que a través de la PhRMA y de la red que tiene con asociaciones nacionales e internacionales, así como la presión y el cabildeo en el congreso de Estados Unidos y demás instancias gubernamentales, la industria farmacéutica logró que el ADPIC quedara tal como se había redactado en el primer borrador, instituyendo así el Acuerdo de propiedad intelectual más amplio y ventajoso de la industria farmacéutica que protege los privilegios de estas empresas en todo el planeta.

1.5.5. La expansión de la industria farmacéutica a otros rubros

La industria farmacéutica para preservar todos sus derechos monopólicos está contemplando nuevos rubros para obtener mayores ganancias, claro ejemplo es el interés que tiene en la genómica, en la biotecnología y en la producción de semillas. Para la industria, los medicamentos y los tratamientos terapéuticos no son suficientes, ya que aunque generan cuantiosos ingresos, se considera que dichos ingresos se podrían triplicar con diversas fusiones y la expansión de la farmacéutica a otros sectores.

En este marco la consolidación de los oligopolios y el avance tecnológico han empezado a borrar las fronteras entre estos diversos sectores, debido a la búsqueda de la farmacéutica por mejorar los ingresos económicos y de tener mayor presencia internacional, diversificando el mercado mediante la lógica de invertir en productos que a largo plazo les darán los mismos o mayores ingresos económicos que hoy les dan los medicamentos.

1.5.5.1. Las nuevas fusiones o unidades de negocio

Las fusiones, adquisiciones y alianzas estratégicas siempre han sido muy importantes para que las empresas mantengan e incrementen su poder, el caso de la industria farmacéutica no ha sido distinto, por el contrario ha sido un mecanismo muy utilizado y que le ha permitido el incremento de su fuerza y presencia. Cabe señalar que las fusiones en este sector han sido a nivel nacional e internacional, pero “después de décadas de fusiones y adquisiciones, estas corporaciones farmacéuticas extraordinariamente poderosas están usando nuevas herramientas para expandirse geográficamente y reforzar el control oligopólico de los mercados”¹⁰⁴

Es verdad que mediante el ADPIC, las farmacéuticas han logrado la protección de las patentes pero también es claro que ya están buscando nuevas alternativas para seguir teniendo control y derechos exclusivos cuando las patentes no sean suficiente, bajo esta lógica han surgido herramientas “más baratas y de mayor alcance como las alianzas, puesto que es “más lucrativo para las compañías combinar sus licencias tecnológicas y evitar los desgastantes litigios sobre violación de patentes y así crear “cárteles globales de tecnología” que operan sin ser percibidos por las regulaciones anti monopolios”¹⁰⁵.

¹⁰⁴ ETC group. Oligopolio, S.A. concentración del poder corporativo.2003.Comunicado N°82, Noviembre/Diciembre de 2003 p. 2. consultado en www.etcgroup.org el 10 de enero de 2005.

¹⁰⁵ *Idem*

Estas “medidas” han sido tan favorables que a partir de 1990, las mayores empresas farmacéuticas empezaron a fusionarse con algunas de las más fuertes empresas de genética para crear una nueva “plataforma para el desarrollo de medicamentos, agroquímicos y alimentos basados en la investigación genómica”¹⁰⁶. Con este tipo de acciones las transnacionales farmacéuticas se han convertidos en grandes corporaciones que tienen ingresos mayores al Producto Interno de algunos países en desarrollo y desarrollados, puesto que “51 de las 100 economías más grandes son corporaciones transnacionales, de las cuales las farmacéuticas ocupan un lugar importante”¹⁰⁷, así, “la concentración corporativa creciente no sólo se refleja en la diversificación de los mercados y productos sino también en la desigualdad entre ricos y pobres”¹⁰⁸.

En este sentido se han dado fusiones entre las 10 mayores corporaciones farmacéuticas con las mayores corporaciones de biotecnología como la que se dio en 1990 entre la farmacéutica *Roche* y la compañía de biotecnología *Genentech*, o la que tuvo lugar en 1994 entre la farmacéutica *Ciba & Geigy* y la empresa de biotecnología *Chiron*, que actualmente pertenece a *Novartis* como resultado de la fusión de *Sandoz* y *Ciba & Geigy* en 1999. De igual manera, es significativo ver que empresas como *Johnson & Johnson*, *Schering Plough* y *Eli Lilly* se han consolidado como las empresas de biotecnología de mayores ganancias, gracias a la producción de fármacos genéticamente modificados más grandes; así mismo las farmacéuticas por medio de Fusiones como la de *Genentech* y *Roche* o la adquisición de *Chiron* por parte de *Novartis* o la de *Amgen* por parte por parte de la farmacéutica *Synergen*.

Cuadro No.3

Las empresas de biotecnología con mayores ingresos a nivel mundial.

<i>Compañía</i>	<i>Ventas en el 2002</i>	<i>Uso terapéutico</i>
-----------------	--------------------------	------------------------

¹⁰⁶ *Idem*

¹⁰⁷ *Idem*

¹⁰⁸ *Idem*

<i>Jonson&Jonson</i>	\$5,566	Estimulante de glóbulos rojos y fármacos para la artritis
<i>Schering Plough</i>	\$2,736	Hepatitis B y C
<i>Amgen</i>	\$3,700	Problemas en riñones e infecciones en pacientes con cáncer
<i>Genentech</i>	\$1,163	
<i>Biogen</i>	\$1,034	Para la Esclerosis múltiple
<i>Eli Lilly</i>	\$1,004	Medicinas para la Diabetes

Fuente: grupo ETC. ETC group. Oligopolio, S.A. concentración del poder corporativo: 2003. Comunicado N°82, Noviembre/Diciembre de 2003 p. 2. consultado en www.etcgroup.org el 10 de enero de 2005 . p. 4.

Otro rubro a donde se han expandido las farmacéuticas en las últimas décadas ha sido el de agroquímicos, en donde las farmacéuticas alemanas Bayer y BASF son parte de las 10 empresas de agroquímicos más grandes del mundo, así como el de la farmacéutica veterinaria, en donde *Pfizer-Pharmacia, Bayer, Schering Plough* y *Novartis* forman parte de las 10 compañías de farmacéutica veterinaria más importantes del orbe.

Por lo anterior, es muy claro cómo las farmacéuticas han buscado extender su dominio a rubros como los anteriores e incursionar en nuevas fusiones para lograr el desarrollo de nuevos productos mediante sectores como la biotecnología y la genómica, previendo el desarrollo genético y vislumbrando “nuevos cotos de poder” y anticipándose a que otras empresas obtengan las ganancias de esas innovaciones.

1.5.5.2. *El desarrollo genético y las farmacéuticas*

El avance y desarrollo científico han descifrado muchas de las incógnitas que se tenían sobre la información genética, ya que desde 1944, cuando “Havre y otros investigadores mostraron que el material genético estaba constituido por el Ácido Desoxirribo-Nucleico (ADN) y en los años 60 los bioquímicos Severo Ochoa y Marshall Nirenberg, del Instituto Nacional de la Salud

de Estados Unidos con el descubrimiento del Código Genético dieron a conocer cómo eran transmitidos los caracteres hereditarios de una generación a otra”¹⁰⁹, no se había logrado un descubrimiento tan importante como el esclarecimiento del Genoma Humano.

Cabe señalar que tanto en la década de los años 70 y de los 80 existieron una serie de aportaciones metodológicas y tecnológicas muy importantes como el descubrimiento de que el “ADN estaba constituido por 4 bases nitrogenadas y que forman grupos de 3 bases o palabras de 3 letras, lo que refería que cada triplete de bases corresponde a un aminoácido en una proteína, lo anterior permitió conocer cómo el lenguaje del ADN puede ser traducido a la síntesis de una proteína que puede ser una enzima, un anticuerpo o una proteína que forme parte de la estructura de una célula”¹¹⁰. Posteriormente todas estas aportaciones repercutieron en lo que se conoce como ingeniería genética o tecnología del ADN recombinado “las cuales permitieron manipular el ADN de tal forma que se hizo posible introducir fragmentos de material genético entre seres biológicos diferentes”.

La década de los años 90 es muy significativa porque se logran avances importantes en la investigación del proyecto del genoma humano, el cual fue planeado durante 5 años y se consideró que se tendrían resultados en un lapso de 15 años para descifrar el genoma humano completo. El proyecto del genoma fue iniciado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, pero se incorporaron al mismo, laboratorios e institutos de investigación de diversos países industrializados como Gran Bretaña, Canadá, Francia, Japón y Alemania y de un país en desarrollo que era Brasil.

¹⁰⁹ Alma Rosa Bustamante Fuentes et al. *El genoma humano en el ejercicio de la medicina*. Ponencia presentada en el marco de la inauguración de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora, el 9 de octubre de 2000, en Hermosillo, Sonora, México. p. 2

¹¹⁰ *Idem*.

En este sentido, es de vital importancia denotar que salvo Canadá y Brasil, los demás países que participaron en la investigación del proyecto del Genoma Humano son los que mediante sus empresas farmacéuticas transnacionales controlan la producción mundial de medicamentos y controlan más del 50% del mercado mundial de fármacos.

Bajo esta lógica, es claro que el desarrollo científico siempre ha buscado el avance de herramientas y medios para “facilitar la vida humana”, para lo cual se puede entender el desarrollo genético, pero hay que destacar, que el desarrollo genético tendrá implicaciones en la salud, mediante el proceso de nuevas investigaciones que ayuden a prevenir diversas enfermedades; de igual manera se tendrán repercusiones en las cuestiones legales y en general en los ámbitos referentes a la vida y a este tema.

En este marco, hay que denotar que es el genoma humano y por qué tiene importancia en el ámbito social y en el interés de las farmacéuticas transnacionales.

En primera instancia, el genoma humano es definido como “el contenido total del material genético de un organismo biológico, en un juego completo de cromosomas, el genoma es el material portador de la herencia, es decir es el que determina la transferencia de los caracteres hereditarios del progenitor a su progenie”¹¹¹.

“El término genoma se forma mediante una concentración de las palabras *gene* y *cromosoma*. Todo ser vivo está constituido de un conjunto (salvo en los unicelulares: protozoos, bacterias y virus) de unidades fundamentales, sus células; cada una de las cuales contiene un núcleo y éste los cromosomas, en número generalmente constante e inmutable para cada especie: 23 pares en el ser humano, cada uno de ellos heredados la mitad de la madre y la otra del padre,

¹¹¹ *Ibidem* p. 3

que constituye el genoma de cada individuo. Cada cromosoma está formado de moléculas de Ácido Desoxirribonucleico (ADN), cada una de las cuales se presenta como dos escaleras helicoidales que giran en sentido inverso y se enrollan una en la otra, en una estructura de doble hélice. Sobre cada “escalón” de las dos “escaleras” se encuentran 4 bases que siempre van en pares: Adenina con Timina y Citosina con Guanina.

Así, el *genoma* de un individuo tiene alrededor de 3,000 millones de pares de bases; una parte de ellas la constituyen los genes, pero una gran parte del ADN no tiene una función conocida. Los genes ordenan la función y el devenir de la célula. En estos genes obra la evolución, determinando así la de todas las especies”¹¹².

Por lo anterior es de vital importancia el genoma humano, ya que además podría significar un gran avance en el diagnóstico y prevención de diversas enfermedades y por la gran cantidad de aplicaciones que puede tener, por el desarrollo que representa y las implicaciones sociales que tendrá. Bajo estos aspectos se creó el proyecto Genoma Humano en octubre de 1990, el cual tenía 2 objetivos específicos: 1) establecer la secuencia u orden en el que están colocadas las 3 mil millones de bases nitrogenadas “del ADN de los 23 cromosomas humanos con el beneficio potencial de suministrar información detallada sobre el ADN para entender la estructura, organización y función del ADN en los cromosomas”¹¹³.

2) Elaborar un “mapa” que ubicara la posición exacta de cada uno de los genes dentro del ADN humano con respecto al segundo objetivo se refería a “cartografiar el genoma, es decir identificar cada uno de los genes y localizar su emplazamiento a lo largo del ADN(para hacer esto basta con conocer una parte del gen propia a cada una de ella que es en cierta forma su “firma”, lo que se llama

¹¹² Hernández Vela Salgado, Edmundo. *Op cit.* pp.482 y 483.

¹¹³ *Ibidem* p. 483

su etiqueta. Lo importante del mapa es que mediante éste se puede encontrar el gen, saber de que gen se trata y donde está ubicado”¹¹⁴.

El proyecto tenía como meta lograr estos dos objetivos en un plazo de 15 años, además de comprender “cómo las proteínas se convierten, cómo se ordenan las secuencias de ADN de esos genes en comparación a los de otras especies, cómo varían los genes en nuestras especies y cómo se traducen las secuencias de ADN en características observables”¹¹⁵.

Así, el 26 de julio de 2000, 5 años de lo previsto, Bill Clinton, presidente de Estados Unidos y Tony Blair, Primer ministro de la Gran Bretaña anunciaron oficialmente que se habían ordenado los 3,000 millones de letras y por lo tanto se había logrado tener el texto del genoma humano, pues se contaba sólo con el 90.9% de la secuenciación.

La primera versión del mapa del genoma humano en 2001 “reportó que los seres humanos teníamos entre 30 y 40 mil genes, mucho menos que los 100 mil genes que se estimaban al comienzo del proyecto, pero a lo largo del esclarecimiento del genoma humano, en octubre de 2004 se informó que se había descubierto que los seres humanos tenemos entre 20 y 25 mil genes en total, también se ha establecido que un mismo gen podría tener 20 funciones diferentes dependiendo de la interacción con otros genes, es decir que puede ser utilizado en muchas formas distintas dependiendo de cómo esté regulado. De igual manera se sabe, por diversas investigaciones que la regulación genética dependería tanto de una capa epigenética (alrededor de los genes y no en ellos), como en parte del ADN llamado oscuro (que son secciones de ADN que intervienen en el desarrollo y los caracteres distintivos y que es el 98% de lo que contienen nuestros cromosomas y se especula que tendría funciones cruciales”¹¹⁶.

¹¹⁴ *Idem*

¹¹⁵ *Idem*

¹¹⁶ Ribeiro, Silvia. *De genes, gusanos e ignorantes*. Sábado 13 de noviembre de 2004. Consultado en www.deslinda.org.co. El 7 de febrero de 2005.

Cabe señalar que con el desarrollo genético y con los descubrimientos sobre el genoma humano han surgido una serie de nuevas tecnologías que se considera permitirán “la identificación de los perfiles genéticos de las personas como son las microhileras o *microchips* de ADN”¹¹⁷, algunas de estas “nuevas tecnologías van a tener implicaciones en áreas fundamentales como la medicina y en la generación de nuevas ramas como la farmacogenética, que se presume podrá significar un gran avance científico y servir para detectar y controlar la propensión de enfermedades como la diabetes, el *Alzheimer* o la esclerosis múltiple.

1.5.5.3. La farmacogenómica

Con el descubrimiento del mapa completo del genoma humano a partir de los resultados de secuenciación genética han surgido muchas posibilidades para la aplicación de esos conocimientos en la producción de fármacos. Empero para lograrlo se debe de estudiar la relación entre una secuencia determinada y ciertas enfermedades específicas, para lo cual es necesario ver cómo se regula la actividad de la secuencia genética, su importancia fisiológica y la interacción de los productos que codifica. “Los avances en genómica (el análisis sistemático de todo un genoma) terminarán permitiendo la identificación de los principios genéticos de la mayor parte de fenotipos¹¹⁸ patológicos y no patológicos”¹¹⁹.

Lo que obviamente redefinirá la comprensión y las definiciones tradicionales de las enfermedades. La farmacogenómica es el estudio de cómo la genética de una

¹¹⁷ Alma Rosa Bustamante. *Op. Cit.* p. 5

¹¹⁸ El fenotipo se define como las características externas que resultan de las interacciones entre los genes y el medio ambiente. En tanto que el genotipo se define como las características reales del ADN responsables de cada atributo que tienen las personas.

¹⁰⁵ Münker, Thomas. “Farmacogenómica: Fármacos personalizados y medicina personalizada”. *The IPTS Report*. Revista N.38, consultado en www.jrc.es/iptsreport, 10 de febrero de 2005.P1

¹⁰⁶ “La farmacogenómica, tratamiento a la medida”, 7 de marzo de 2003. Boletín de salud. Consultado en www.buscasalud.com, 20 de enero de 2005

¹⁰⁷ Münker, Thomas. *Op. Cit.* p.1

persona afecta a la respuesta del organismo a un fármaco, pues toma en cuenta las características de las secuencias genómicas mediante una visión integral que incluiría interacciones entre los genes. Cabe señalar que existe una relación entre la farmacogenómica y la farmacogenética que es el estudio de la detección de modificaciones de genes individuales en la respuesta a los fármacos.

El objetivo de la farmacogenómica es “utilizar el conocimiento de genómica para desarrollar fármacos a los que responda un defecto genético en concreto y no otro, ya que cuando existe una enfermedad genómica, se debe de dirigir un medicamento hacia ese gen en específico, al hacer esto la farmacogenómica evitará utilizar gran cantidad de fármacos y prevendrá efectos secundarios”¹²⁰. Una de las finalidades de la farmacogenómica es estudiar si los pacientes responden a los fármacos y cómo lo hacen. Lo importante de la farmacogenómica es que pretende ser un puente entre el descubrimiento de genes y el desarrollo de fármacos. En ese sentido se puede decir que la farmacogenómica tendrá diversas ventajas, puesto que una de ellas será que se va a centrar en el diseño “de medicamentos dirigidos a una enfermedad concreta que tiene marcado un carácter genético”¹²¹, logrando así medicamentos personalizados, además de crear medicinas extremadamente eficaces que no sólo lograrán curar dichas enfermedades sino que mediante la farmacogenómica se podría conocer las enfermedades a las que genéticamente es propensa una persona, detectándolas y atacándolas antes de que se manifiesten.

Sin duda, la farmacogenómica es un gran avance medico-científico, que logrará la prevención y predicción de enfermedades, lo que es una muestra del gran desarrollo científico y tecnológico que se ha logrado en el siglo XXI. Sin embargo, hay que denotar que la farmacogenómica también tendría serias desventajas o limitaciones que están siendo estudiadas para evitarse, una de ellas sería que al crear tratamientos y fármacos demasiado dirigidos pueden hacer “que la medicina

y la farmacia” se alejen del objetivo de encontrar tratamientos para tanta gente como sea posible, “ya que la farmacogenómica no se debería utilizar para seleccionar a la gente que es “genéticamente correcta” para las medicinas que las grandes farmacéuticas pretenden vender”¹²².

Otro de los aspectos desventajosos de la farmacogenómica es que “la información originada por los análisis farmacogenómicos, también se puede utilizar fuera del contexto médico para fines contrarios a los intereses de los pacientes y que puede ser muy valiosa para la acumulación de ganancias de diversas compañías y sectores”¹²³.

Por tal razón, se deben de buscar mecanismos que ayuden a que farmacogenómica se utilice en beneficio del mayor número de personas que sea posible y que esto sea regulado bajo marcos jurídicos eficientes, para evitar implicaciones sociales y jurídicas de gran envergadura a largo plazo y se garantice una tendencia positiva de la medicina personalizada para muchos y que no acabe en la exclusión de otros, ya que aunque la farmacogenómica implica grandes avances y enormes posibilidades de crear fármacos específicos para cada persona y de reducir las cantidades de los mismos, hay que denotar que en los prolegómenos de esta nueva ciencia, los fármacos personalizados aparecen como artículos muy caros, por sus funciones y su innovación, razón por la cual aunque las investigaciones sobre esta ciencia avanzan muy rápido y pronto se comercializarán dichos medicamentos y tratamientos, los costos serán elevados y eso repercutirá en agudizar aún más la ya existente brecha entre ricos y pobres, puesto que en la actualidad estos últimos no pueden comprar medicamentos ni mucho menos los podrán acceder a los fármacos personalizados.

1.5.5.4. Los intereses de las farmacéuticas en la investigación del genoma humano, la farmacogenómica y en patentar las aplicaciones del genoma

¹²² Münker, Thomas. *Op. Cit.* p.1

¹²³ *Idem*

La farmacogenómica ha sido vislumbrada por las grandes farmacéuticas transnacionales como un nuevo rubro de explotación y de acumulación de ganancias. Razón por la cual muchas de las grandes transnacionales farmacéuticas, que controlan más del 53% del mercado, apoyaron el financiamiento del Proyecto del Genoma Humano. Lo anterior obedeció a que estas empresas vieron en la genómica “una nueva mina de oro para la industria farmacéutica, por el enorme potencial de aumentar el consumo en este mercado, creando una demanda interminable de “mejor desempeño” y la ilusión de los fármacos y drogas diseñadas a la medida”¹²⁴.

Para la industria farmacéutica es obvio que la medicina personalizada puede ser un ámbito que produzca mayores ganancias que las que actualmente percibe de los medicamentos, a pesar del problema que representan los genéricos para esta industria; ya que con la farmacogenómica no sólo monopolizaran el mercado de medicamentos sino la medicina personalizada, mediante la farmacogenómica. Empero, las farmacéuticas también han previsto que aunque todas las personas “básicamente compartimos la misma información genética, cada individuo tiene pequeñas variaciones llamadas polimorfismos singulares de nucleótido (PSN)¹²⁵, por lo que se necesitaría disponer de cada individuo, lo que implicaría un gran negocio sólo en el diagnóstico, para lo cual ya algunas compañías están realizando estos servicios y el desarrollo de estas tecnologías, lo lamentable es que ya están patentadas”¹²⁶.

Es importante decir, que los Polimorfismos singulares de nucleótido (PSN) constituyen los elementos esenciales de la genómica, puesto que son los que muestran “la relación entre genes determinados (y sus variaciones) que con

¹²⁴ Ribeiro, Silvia. “la inversión en los genes” en *La Jornada*. 30 de agosto de 2004. Consultado en www.jornada.unam.mx, 28 de enero de 2005. p. 3

¹²⁵ Los polimorfismos singulares de nucleótidos únicos (PNS) son mutaciones en un único par de bases que se producen con una frecuencia mayor del 1% en la población humana. En el genoma humano se estima que se pueden producir entre 6 y 30 millones de PNS en cada variación.

¹²⁶ Ribeiro, Silvia. *Op. Cit.* p. 3

enfermedades o resistencia a ellas y otras funciones de los genes en relación con el organismo en general”¹²⁷.

Por esta razón, se inició una “caza de variaciones genéticas” mucho tiempo antes de que se completara el mapa del genoma, aspecto por el cual se entiende que paralelamente al proyecto del Genoma Humano, se desarrollara otro proyecto llamado Proyecto de Diversidad Genética Humana (PDGH), el cual “tenía como objetivo tomar muestras de sangre, cabello y piel de grupos indígenas de todo el mundo, debido a su relativa homogeneidad genética, ya que de esta manera es más fácil identificar genes relacionados a una enfermedad que se transmite en una familia o una comunidad, razón por la cual se estudian para que se pudiera obtener información sobre las variaciones genéticas de esos grupos, es decir sobre los polimorfismos singulares de nucleótido, que les otorgaban mayor resistencia o predisposición a contraer ciertas enfermedades. El proyecto había detectado 722 grupos humanos “interesantes”, entre los cuales había muchos grupos indígenas en peligro de extinción”¹²⁸.

El argumento del Proyecto de Diversidad Genética Humana era que había que obtener las muestras de estos grupos en extinción antes de que murieran, para poder utilizar la información genética en “pro de la humanidad”; cabe mencionar que se habían seleccionado varios grupos indígenas de México como: los mames, tzotziles, mixtecos, zapotecos, totonacas, purépechas, teneek e indígenas de Tlaxcala y de Guerrero.

Lo cierto es que el destino final de las muestras y de dicha información no es claro, pero muchas de estas fueron colocadas en bancos de información de acceso público, por medio del cual las empresas farmacéuticas han podido utilizar la información y solicitar patentes por los trabajos subsecuentes. Así, las farmacéuticas, a pesar de que el proyecto de Diversidad Genética Humana fue

¹²⁷ *Idem*

¹²⁸ Ribeiro, Silvia. “los cazadores de genes” en la *Jornada*, 21 de agosto de 2004. consultado en www.jornada.unam.mx, el 23 de enero de 2005. p.2

condenado públicamente, las transnacionales concentraron esa información para la realización de investigaciones que redunden en productos de la farmacogenómica, para lo cual en octubre del 2002, las empresas farmacéuticas transnacionales más poderosas del mundo al enterarse del comienzo de otro proyecto internacional llamado “proyecto *HapMap*” “ donde participan organismos públicos y privados de Estados Unidos, Japón, China, Canadá y Nigeria, decidieron tener una participación explícita y financiar el proyecto por medio de una institución pantalla llamada Consorcio PSN (Poliformismos singulares de Nucleótido), que está integrada por las 10 mayores farmacéuticas del mundo, que busca tener más investigaciones sobre las variaciones genéticas o los PSN”¹²⁹.

Un aspecto fundamental de este proyecto, es que establece que el resultado de estas investigaciones serán públicas y no patentadas, sin embargo de que va a servir esto si nadie podrá utilizar la información si no se tiene la tecnología para interpretarla, ya que sólo la tienen las empresas más importantes en biotecnología como *Celera Genomics*, o la empresa *Chiron* que pertenece al grupo farmacéutico *Novartis*, y que además dicha tecnología de interpretación de la información genética está patentada, concentrada en las ganancias de muy pocas personas y bajo un férreo control monopólico de estas empresas, que tienen estrechos vínculos con las grandes farmacéuticas; ante lo cual se ve muy claramente la estrategia de las farmacéuticas en patentar esta información y utilizarla en productos personalizados que les darán grandes ganancias a costa de fondos públicos y la obtención de información genética esencial gratuita de grupos indígenas que están a punto de extinguirse.

Cabe señalar que actualmente el “42% del sector de biotecnología y genómica a escala mundial se encuentra en manos de 10 empresas, que están estrechamente vinculadas con el sector farmacéutico, ya sea mediante fusiones, acciones o investigaciones conjuntas. Así la posibilidad de diseñar medicinas a la

¹²⁹ *Idem*

medida por medio de la farmacogenómica¹³⁰ también se vislumbra estará controlada por las 10 empresas farmacéuticas más fuertes a nivel internacional, puesto que esta ciencia está abriendo perspectivas comerciales inmensas.

Además de lo anterior, se debe mencionar que con la utilización de la farmacogenómica por parte de las farmacéuticas se podrán “manipular los conceptos de mejoramiento humano” por medio de las medicinas personalizadas, en donde la gente siempre se podrá ver mejor y estar “más saludable”, puesto que con este avance en genómica se podrá lograr la discriminación genética que está muy relacionada con la eugenesia¹³¹, modificando características genéticas específicas, no solo en pro de la salud, sino buscando un mejoramiento físico y clientes específicos tanto genéticamente como económicamente, porque no todas las personas podrán tener acceso a las medicinas personalizadas, puesto que en la actualidad no todos pueden acceder a un diagnóstico genético, ni a medicinas.

1.5.5.5. La utilización de las plantas medicinales en la creación de productos farmacéuticos patentados

La producción de medicamentos implica enormes, cuantiosas y largas investigaciones que abarcan por lo general un período entre 12 y 15 años, aunado a esto algunas de estas investigaciones no resultan ser muy redituables, cuando no logran la invención de un nuevo fármaco aplicable a una enfermedad específica.

¹³⁰ Ribeiro, Silvia. “multinacionales pretenden ser amos de la genómica”, el 20 de julio de 2004, consultado en www.deslinde.org.co, el 25 de enero de 2005. p.1

¹³¹ La eugenesia es el “estudio y cultivo de las condiciones y los medios más favorables para el mejoramiento físico y psíquico de las generaciones humanas futuras o la aplicación de las leyes de la herencia al mejoramiento de la especie humana, que es el objeto natural de la ciencia de la genética, parte de la biología que trata de la herencia, pero que entrañan enormes riesgos llegando, particularmente en el marco del evolucionismo y de las teorías de la selección, a motivar movimientos racistas como el nazismo y el genocidio”. Ver Hernández-Vela, Edmundo. Diccionario de Política Internacional, Tomo I, Editorial Porrúa, México. p. 448.

En este sentido el desarrollo de sustancias químicas y de principios activos, es uno de los mayores artifices para la creación de medicamentos, no obstante, para lograr dichas sustancias también se tienen que llevar a cabo, investigaciones costosas, que restringen el margen de ganancia de las farmacéuticas, las cuales a pesar de argumentar que invierten mucho en investigación invierten más en la comercialización de sus productos y de la mercadotecnia de estos.

Por lo anterior, los medicamentos frecuentemente se basan o son derivados “de compuestos bioquímicos que se hallan en la naturaleza y muchos de ellos son a base de plantas medicinales originarias de las regiones tropicales y subtropicales, así como de las zonas de mayor biodiversidad en el mundo”¹³², esto es así tanto en el caso para las medicinas sintéticas como en “los remedios utilizados por la medicina natural”.

La mayor parte del conocimiento sobre las propiedades de las plantas medicinales es resultado del conocimiento colectivo y hereditario de generación en generación de los pueblos indígenas, quienes han logrado “un gran acervo de conocimientos medicinales sobre su entorno natural”¹³³.

El hecho de que los grupos indígenas conozcan las propiedades de las plantas medicinales y puedan discernir cuales tienen efectos terapéuticos y cuales no es una casualidad sino que obedece a que los pueblos indígenas están asentados en las mismas zonas de mayor diversidad a nivel mundial, ya que durante miles de años ha existido una relación estrecha entre estos grupos y la biodiversidad, puesto que se han adaptado “al entorno por medio del uso y la domesticación de recursos biológicos para su alimentación, vivienda, medicinas y para efectos estéticos”¹³⁴. Sin embargo, a pesar de que en el artículo 8 de la Convención de Diversidad Biológica de Naciones Unidas se establece que se “debe de respetar,

¹³² Grain. *El ABC del patentamiento de la vida*. 20 de octubre de 2000, consultado en www.grain.org/publications/spanish/patentamiento.htm, el 23 de enero de 2005. p37.

¹³³ *Idem*

¹³⁴ Ribeiro, Silvia. “Fausto biotecnológico” 4 de noviembre de 2000, en *La Jornada*, consultado en www.jornada.unam.mx el 23 de enero de 2005. p. 2

preservar y mantener el conocimiento, la innovación y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañan estilos de vida tradicionales, este proceso de custodia y creación de biodiversidad que es comunitario y colectivo y que ha estado basado en el flujo libre de conocimiento”¹³⁵ no podrá continuar si dicho conocimiento es fragmentado, individualizado y patentado por medio de la biotecnología y en especial por las empresas farmacéuticas.

Esta situación esta claramente representada en la apropiación del sector de biotecnología por 10 mega empresas que están utilizando estos conocimientos milenarios para crear nuevos fármacos y después patentarlos, logrando enormes ganancias que contrariamente a la lógica anterior de hacer colectivo el conocimiento, éste en la dinámica de las farmacéuticas, se privatiza al igual que las ganancias.

La táctica de las farmacéuticas es muy evidente, ya que mediante el acercamiento a los grupos indígenas y la utilización de sus conocimientos sobre las plantas medicinales han logrado producir diversos medicamentos que tienen como compuestos bioquímicos los extractos de dichas plantas, tal conocimiento “colectivo” ha evitado la inversión en investigaciones y ha logrado ganancias significativas privatizadas por medio de la patente de éstas plantas y de los productos obtenidos por medio de ellas, para lograrlo el sistema de patentes ha sido un arma imprescindible, que quedó garantizada para las empresas farmacéuticas en los ADPIC, cuando se aprobó que se podían patentar los microorganismos, organismos multicelulares vivos y las patentes de sustancias naturales, lo que quedaba incorporaba de manera implícita las plantas.

La utilización de las plantas medicinales en la farmacéutica ha crecido, ya que “entre 1950 y 1980 el 25% de los fármacos producidos se basaban en derivados de las plantas medicinales, actualmente el 40% de las medicinas que se encuentran bajo pruebas clínicas para comercializarlas son también son derivadas

¹³⁵ *Idem*

de plantas medicinales. De éstas, tres cuartas partes están basadas en plantas que eran utilizadas por indígenas, lo que permitió su posterior “descubrimiento” por parte de las empresas farmacéuticas”¹³⁶.

Así, no sólo la patente del genoma humano sino de la biodiversidad mediante la patente de las plantas medicinales incentivarán las ganancias y los sectores de dominio por parte de las empresas farmacéuticas, ya que la privatización de estos conocimientos tan importantes y esenciales para el desarrollo de la especie humana estarán confinadas en unas pocas manos para monopolizar estos conocimientos que pertenecen a todos los seres humanos y obtener grandes ganancias económicas.

Mapa N° 1. Países de megadiversidad biológica



Fuente: Elaboración de la autora con datos del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

¹³⁶ Ribeiro, Silvia. “medicina tradicional, patentes y biopiratería” en *La Jornada*. México D.F 3 de agosto de 2002. consultado en www.jornada.unam.mx el 4 de febrero de 2005. p. 2

1.5.5.6. La biopiratería de los países desarrollados como nicho de investigación farmacéutica en los países en desarrollo.

La biopiratería es definida como el robo de seres vivos: las plantas animales y los microorganismos, así como los conocimientos sobre estos, para ser patentados posteriormente y comercializados con fines de lucro. Lo anterior obedece a que las empresas farmacéuticas han encontrado un nicho para “abaratar” la investigación o lograrla de manera gratuita, atentando contra la bioética, el acceso a medicamentos por parte de los países en desarrollo y la erradicación de la medicina “natural” o herbolaria (que cura las enfermedades y el síntoma de estas por medio de plantas medicinales) por medio de patentar éstas plantas para la creación de nuevos fármacos.

Esta situación sin duda representa en la actualidad una gran amenaza para toda la humanidad y en especial para las poblaciones más pobres de los países en desarrollo y menos desarrollados, ya que “se calcula que el 80% de la población rural de estos países hace uso de plantas medicinales y recursos de la medicina tradicional para la atención de su salud, ya que estas poblaciones son tan pobres que no tienen acceso a los medicamentos ni a los servicios de salud”¹³⁷, pero esta situación será modificada, puesto que no sólo no tendrán acceso a los medicamentos patentados de las grandes farmacéuticas sino que tampoco tendrán acceso a estas plantas medicinales porque están siendo patentadas por las grandes transnacionales, lo que significa que no sólo no podrán utilizar las plantas sino su conocimiento sobre ellas, ni llevar a cabo las infusiones o formas de utilizarlas para aliviar sus dolencias o curar sus enfermedades, puesto que ahora estos conocimientos serán parte del monopolio de las farmacéuticas, ya que no nada más han aprovechado los extractos sino los conocimientos y la forma de utilización de estas plantas para crear estos productos a los que los pueblos indígenas y las poblaciones más pobres del mundo no tienen ni tendrán acceso.

¹³⁷ *Ibidem* p. 1

Lo anterior no sólo afecta a las poblaciones más pobres ni a los pueblos indígenas en la utilización de estos recursos, sino que también va a “impedir que continúe la libre circulación e intercambio de recursos genéticos y conocimientos como lo han practicado las comunidades locales en los últimos 20 ó 30 mil años”¹³⁸. Esta situación va a provocar que se acentúen los problemas del medio ambiente y por supuesto también afectará el desequilibrio ecológico con lo que se verá amenazada la supervivencia de la especie humana, sólo por los deseos de expansión económica de unos cuantos, ya que se estima que “el valor económico total de los fármacos derivados de plantas en Estados Unidos es mayor a los 68 mil millones de dólares anuales”¹³⁹, razón por la cual para las grandes farmacéuticas, las plantas medicinales representan una mina de oro y una fuente potencial de nuevos medicamentos para tener aún mayores ganancias de las que actualmente perciben, puesto que estos conocimientos significan un ahorro en investigación.

Las plantas medicinales pueden patentarse, ya que las empresas farmacéuticas pueden sólo alegar una transformación o modificación a la extracción de sustancias vegetales de éstas, al igual que los micro organismos hecha en sus laboratorios y así poder obtener la patente, por un período mínimo de 20 años.

Cabe señalar que el Convenio de Diversidad Biológica, La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI):

“recomiendan a los países proteger en sus legislaciones nacionales el conocimiento tradicional, no por medio de lo que sería lógico, que es afirmar la existencia de las culturas tradicionales y sus derechos integrales a la cultura, la tierra, el territorio y los recursos, para que estos sigan siendo comunales y no puedan ser privatizados, sino mediante normar la firma de acuerdos que “permitan compartir los beneficios” derivados del uso de estos recursos y conocimientos por parte de las multinacionales u otras instituciones. Es decir legislando la

¹³⁸ Ribeiro, Silvia. “Espejitos de colores y caracoles en Cancún” en *La Jornada*, México D.F Martes 29 de julio de 2003. consultado en www.jornada.unam.mx, el 26 de enero de 2005. p.2

¹³⁹ Ribeiro, Silvia. “Medicina tradicional, patentes y biopiratería” en *La Jornada*, México 3 de agosto de 2002. consultado en www.jornada.unam.mx el 20 de febrero de 2005. p.1

privatización de los recursos, para obtener algún mínimo porcentaje de regalías por las patentes sobre los recursos que les roban, así estas instituciones internacionales también proponen que los países propicien que las propias comunidades indígenas y tradicionales patenten sus conocimientos y recursos, para poder comercializarlos, o como defensa antes de que las multinacionales lo hagan”¹⁴⁰.

Es muy importante establecer que los Estados son los que tienen que modificar y adaptar sus legislaciones para proteger estos recursos y dichos conocimientos, pero si no lo hacen no existirá ninguna protección y las farmacéuticas podrán llevar a cabo la biopiratería, así sólo queda que especialmente los países en desarrollo, que es donde se encuentran las mayores zonas de biodiversidad en el mundo hagan algo y protejan tanto a las plantas, animales y a los grupos indígenas como a los conocimientos milenarios, porque de no ser así, solo se hará legal el robo de dichos conocimientos que las grandes farmacéuticas transnacionales hacen desde hace 20 años en estos países, que cuentan únicamente con la defensa y candados que puedan poner para disminuir este problema.

Es claro que la biopiratería ha sido incentivada en los últimos 20 años por 3 factores: 1) cambios tecnológicos como la biotecnología, la nanotecnología, la bioinformática y la genómica, puesto que éstos han incrementado las posibilidades de encontrar nuevas aplicaciones y formas más efectivas para obtener las sustancias de las plantas y crear con mayor facilidad y rapidez productos en base a éstas.

2) “la universalización del sistema de Patentes” por medio del ADPIC que permite patentar las plantas medicinales, así como el Convenio Internacional para la protección de las obtenciones Vegetales (UPOV) de 1978 y la Convención para la Protección de Nuevas Variedades de Plantas de 1991 han sido mecanismos de suma importancia para incrementar dicho fenómeno, ya que dichos sistemas están diseñados para que solamente los más grandes y poderosos, como las empresas

¹⁴⁰ *Ibidem* p. 2

farmacéuticas o las de biotecnología, ya que estos tres acuerdos internacionales “fijan las bases para la protección de los obtentores de variedades vegetales naturales”¹⁴¹ o genéticamente modificadas para que puedan utilizarlas a su favor, puesto que “el costo de registro y mantenimiento de una sola patente es de muchos miles de dólares o de cientos de miles de dólares para que sea válida en Estados Unidos, Europa y Japón, lo que es una restricción automática para los grupos indígenas y para cualquier persona que carezca del poder y los medios económicos para patentar sus plantas”¹⁴², 3) el alto nivel de las fusiones empresariales que se están llevando a cabo las farmacéuticas con empresas de agroquímicos, además de que algunas de las grandes empresas farmacéuticas dominan sectores como el de semillas, para poder controlar cada vez más el mercado.

1.5.6. La influencia del neoliberalismo y de las empresas farmacéuticas en los países en desarrollo y en el orbe

Como se ha visto, el neoliberalismo y las empresas transnacionales han gestado la comercialización de la salud y esto ha tenido fuertes consecuencias para los países postergados, ya que el ADPIC enarbola los preceptos del libre mercado y ha protegido los intereses de las grandes transnacionales para mantener la relación de dominio-subordinación que impera.

La aparición y los efectos del neoliberalismo en los países en desarrollo ha sido más intensa que en los países desarrollados, puesto que ha significado la herramienta para obtener mayores beneficios de sus empresas y para aplicar todas sus políticas económicas sin la intervención de los Estados para regular las diversas acciones en sectores tan importantes como el de inversiones y el farmacéutico.

¹⁴¹ Becerra Ramírez, Manuel. *La propiedad intelectual en transformación*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)- Instituto de Investigaciones jurídicas, serie Estudios Jurídicos Núm.72. México, 2004. p.117

¹⁴² *Idem*

Las reformas estructurales han sido el mejor mecanismo para llevar a cabo el neoliberalismo, puesto que los postulados de dichas reformas como “la apertura de la economía a la competencia externa, la desregulación de múltiples mercados y la privatización de activos del sector público llevaron a cabo transformaciones profundas en el comportamiento de las economías”¹⁴³ de los países en desarrollo, en especial los de América Latina en donde factores como el trabajo, capital, tecnología y tierras han tenido grandes repercusiones.

Bajo este marco, la desregulación económica y la no intervención del Estado han sentado las bases para que las empresas farmacéuticas puedan imponer sus condiciones y obtengan márgenes de ganancia mayores a los que obtendrían en sus países, llevando a cabo acciones penalizadas en los países desarrollados.

Con el Acuerdo de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC) esta situación no sólo se ha institucionalizado sino que se ha legalizado, puesto que las empresas farmacéuticas quedaron muy bien protegidas y en posición de exigir a los gobiernos que firmaron dicho acuerdo y en donde tenían “sucursales” que no se violaran las patentes de los medicamentos y que se protegieran estos en el mercado nacional, de lo contrario se notificaría a la OMC para llevar a cabo un panel de controversias y determinar sanciones por parte de los países de donde pertenecen dichas transnacionales, puesto que sólo se pueden llevar a cabo reclamaciones ante la OMC entre Estados, para establecer las resoluciones pertinentes. Sin embargo como se ve, lejos de llegar o no al panel de controversias a la OMC, el ADPIC le ha dado a las empresas farmacéuticas un gran apoyo y un enorme poder, puesto que los países en desarrollo que se atreven a realizar acciones para proteger la salud de su población o que contravengan los intereses de las farmacéuticas transnacionales son objeto de presiones por parte de los gobiernos de dichas empresas, así como todo tipo de

¹⁴³ Katz, Jorge. *Pasado y presente del comportamiento tecnológico de América Latina*. Serie desarrollo productivo de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2000. p. 9

sanciones o el cese de compras de algún producto esencial que venden estos países a los gobiernos de las grandes farmacéuticas.

Es claro que la política neoliberal y la influencia de los países de las farmacéuticas en los países en desarrollo es mayor que en los países desarrollados como se mencionó anteriormente, ya que en el caso de los países postergados no sólo existe el cabildeo o las presiones a nivel nacional sino que se hace a nivel internacional por medio del apoyo jurídico, político y económico que reciben las empresas farmacéuticas de sus Estados.

Un ejemplo significativo de esto fue Sudáfrica, país que ha declarado estar en emergencia nacional por la cantidad de personas infectadas por el Virus del VIH-SIDA, razón por la cual empezó a importar medicamentos genéricos de India, Sudáfrica es miembro de la OMC y por tanto firmó el ADPIC, en este marco, Sudáfrica argumentó que por cuestiones de salud y de amenaza a la seguridad nacional haría se violarían las patentes, empero, las grandes farmacéuticas llevaron a cabo una intensa presión por medio de sus gobiernos: Estados Unidos, Alemania, Suiza y Francia para que no se siguieran vendiendo medicamentos genéricos, lo cual atentaba contra sus intereses y que violaba el ADPIC, sin importarles que miles de personas estuvieran muriendo, evidenciando que el objetivo de las farmacéuticas no es la salud sino el lucro por medio de ésta, ya que se llevaron a cabo diversas presiones, se hizo una demanda ante la OMC, y Estados Unidos amenazó a Sudáfrica con sanciones comerciales y “condicionando el dinero de la cooperación internacional” aún cuando Sudáfrica hizo uso de una de las excepciones del ADPIC.

La situación fue benéfica para Sudáfrica por toda la campaña que algunas ONG como Médicos Sin Fronteras llevaron a cabo para dar a conocer el hecho a la prensa internacional, empero muchos países en desarrollo no tienen la misma suerte, pues aún como en el caso de Sudáfrica, cuando llevan a cabo alguna de

las excepciones del ADPIC surgen todo este tipo de acciones y presiones por parte de las farmacéuticas y sus gobiernos.

Tailandia también es muestra de lo anterior, puesto que “Estados Unidos presionó a este país hasta que aprobó una ley prohibiendo las importaciones paralelas. De igual manera, intentó producir un medicamento genérico para el Sida, patentado por *Bristol Myers Squibb*, la reacción de Estados Unidos fue de amenazar con boicotear varios productos claves de exportación tailandeses, y así le obligó a aprobar una ley que restringe severamente las licencias obligatorias” con lo que quedaron completamente protegidos los intereses y las ganancias de las farmacéuticas estadounidenses en ese país.

Otro claro ejemplo de presiones de las farmacéuticas transnacionales es México, ya que es uno de los mayores mercados de medicamentos en América Latina y uno de los principales consumidores, pero al vislumbrarse en el Congreso la posibilidad de aprobar una ley para disminuir de 20 a 10 años una patente, para poder producir medicamentos genéricos y similares, las grandes transnacionales presionaron con irse del país y retirar la inversión extranjera, además de argumentar que podían acusar a México ante la OMC de violación al ADPIC, del que es signatario, y eso atentaría con la imagen del país y del mercado farmacéutico nacional.

Así, es muy claro cómo las grandes transnacionales influyen en la política y las acciones de los países en desarrollo en nombre del “Comercio, libre, leal e igualitario”, que ellas no siguen y sólo imponen sin importar las consecuencias sociales de sus actos y las dimensiones de sus presiones, pues para las grandes transnacionales lo anterior no importa, porque eso afecta sus ganancias, además, según su argumento tienen que recuperar las inversiones que hacen en crear nuevos medicamentos para que las condiciones de vida de la gente mejoren y se encuentren vacunas y tratamientos a enfermedades que amenazan la vida, aunque aún no haya mejoras sustanciales y dicho argumento sea falaz, puesto

que invierten más en la comercialización de sus productos, mercadotecnia y el cabildeo en sus países y a nivel internacional, que en la investigación de nuevos medicamentos, puesto que sólo el 97% de los “nuevos medicamentos que se han creado en los últimos 20 años son modificaciones de medicamentos ya probados y comercializados exitosamente”¹⁴⁴. Además de que “su único fin es prolongar el período de la patente e impedir la producción de medicamentos genéricos”¹⁴⁵.

La influencia de estas corporaciones es tan grande que no sólo trastoca los mecanismos nacionales de los países en desarrollo sino que al estar conferida en instrumentos legales y “comerciales” internacionales como el ADPIC de la OMC no sólo están protegiendo su mercado y ganancias a nivel internacional sino que están atentando contra la salud y el acceso a medicamentos de millones de personas que no pueden pagar el costo de sus productos patentados y en este sentido las acotaciones al ADPIC y los esfuerzos de los países en desarrollo mediante la declaración de Doha no han servido, porque los países como Estados Unidos siempre encuentran candados para que se apliquen las excepciones. “Históricamente, la táctica ha sido crear cláusulas retóricas que finalmente no podrán ser usadas por los países del sur por falta de capacidad o porque cuando lo intentan son vetados o se cambia la regla”¹⁴⁶, mostrando lo desfavorable de este tipo de acuerdos para los países en desarrollo y en especial para las poblaciones más vulnerables.

1.5.7. La situación de los medicamentos en el mundo

“La revolución en materia de salud en los últimos 30 años ha producido grandes logros en el aumento de la esperanza de vida de todos los países del orbe, puesto que no existe comparación entre los avances médicos de antaño y los de la actualidad, lo que ha repercutido en la población mundial en diversas

¹⁴⁴ Angell, Marcia. *Op. Cit.* p. 51

¹⁴⁵ Ribeiro Silvia. “La enfermedad de la OMC” en *La Jornada*, México D.F a 14 de enero de 2003. Consultado en www.jornada.unam.mx, el 25 de enero de 2005. p.2

¹⁴⁶ *Ibidem* p. 4

maneras”¹⁴⁷. La “población de los países postergados constituye el 80% de la población mundial y sólo representa el 20% de las ventas en medicinas a nivel internacional. Razón por la cual para la población de estos países el desequilibrio entre la gran necesidad de los medicamentos y la falta de capacidad económica es fatal”¹⁴⁸.

Es por eso que las farmacéuticas desarrollan prioritariamente medicamentos para las enfermedades y necesidades de los países industrializados, quienes conforman el 80% de las ventas del mercado farmacéutico. En este sentido se ha establecido una división implícita de los enfermedades que es la de las enfermedades de los países industrializados como la obesidad, la calvicie, la impotencia sexual, el *Alzheimer*, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes y las enfermedades de los países postergados como la tuberculosis, la difteria, la malaria, la enfermedad del sueño o diversas enfermedades tropicales, además del hecho de que tanto los países en desarrollo como los desarrollados enfrentan serios retos con enfermedades como el cáncer y la pandemia del SIDA, esta última es mayor en los países en desarrollo.

Debido a que la población de los países pobres no representa el mayor número de ventas en el orbe; la investigación y desarrollo de fármacos para enfermedades tropicales que podrían ser controladas o erradicadas es mínima por parte de las farmacéuticas y de los sectores públicos tanto de los países industrializados como en los países no industrializados. Así cuando no existen opciones de medicamentos o son inadecuados para el control y el tratamiento de esas enfermedades se consideran olvidadas o descuidadas¹⁴⁹, esa categoría comprende en su mayoría a las enfermedades de los países en desarrollo y menos desarrollados.

¹⁴⁷ Smith, Diana *et al* . *Fatal Imbalance. The crisis in Research and Development for Drugs for neglected diseases*. Medicins sans frontières. Bruselas. 2001. consultado en www.medicinesansfrontieres.com.bl , el 14 de marzo de 2005. p. 9

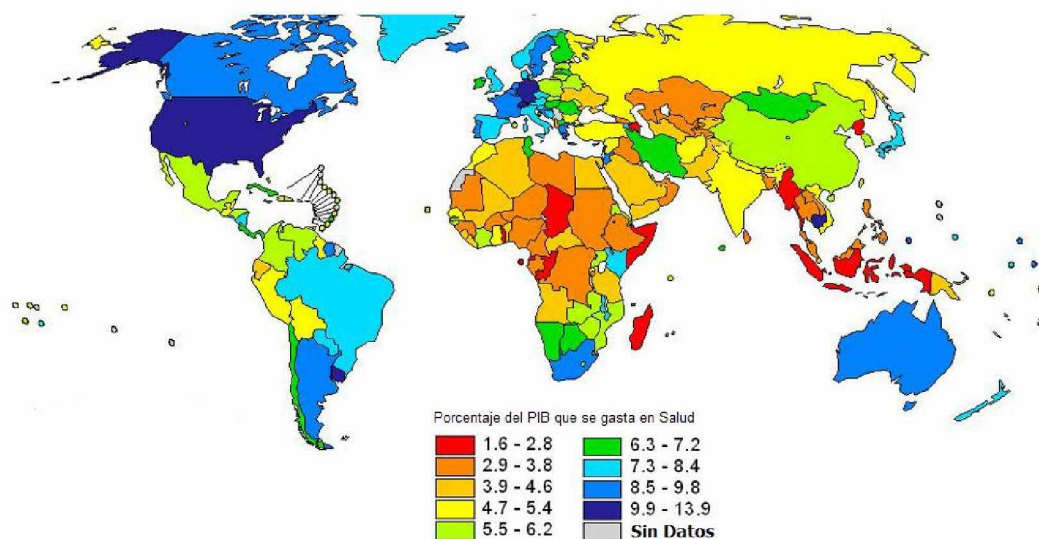
¹⁴⁸ *Idem*

¹⁴⁹ La organización de Médicos sin fronteras es quien ha determinado la categoría de enfermedades olvidadas o descuidadas para las enfermedades tropicales que en su mayoría persisten en los países en desarrollo y menos desarrollados.

En ese sentido, los avances en medicina y las transformaciones en la salud global no han sido distribuidos de forma equitativa, sino siguiendo la dinámica capitalista, es decir, tienen mayores avances en tecnología médica y mayores posibilidades de salvar la vida y curarse de diversas enfermedades las personas que pueden pagar por ello, en el caso de la adquisición de los medicamentos la situación obedece a la misma lógica. Según datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), el gasto en medicamentos en los países en desarrollo representa entre el 25 y el 65% del gasto total en Salud y entre el 30 y el 90% del gasto en salud del bolsillo de las personas, mostrando que la responsabilidad en salud de los Estados ha sido limitada. Aunado a ello, persiste el factor de qué quienes menos tienen, son quienes más enfermedades graves padecen y son precisamente quienes más pagan de sus propios y exiguos bolsillos. Lo que significa una brecha enorme con respecto a quienes más tienen y gastan grandes cantidades de dinero en enfermedades que no son graves.

Mapa N°2

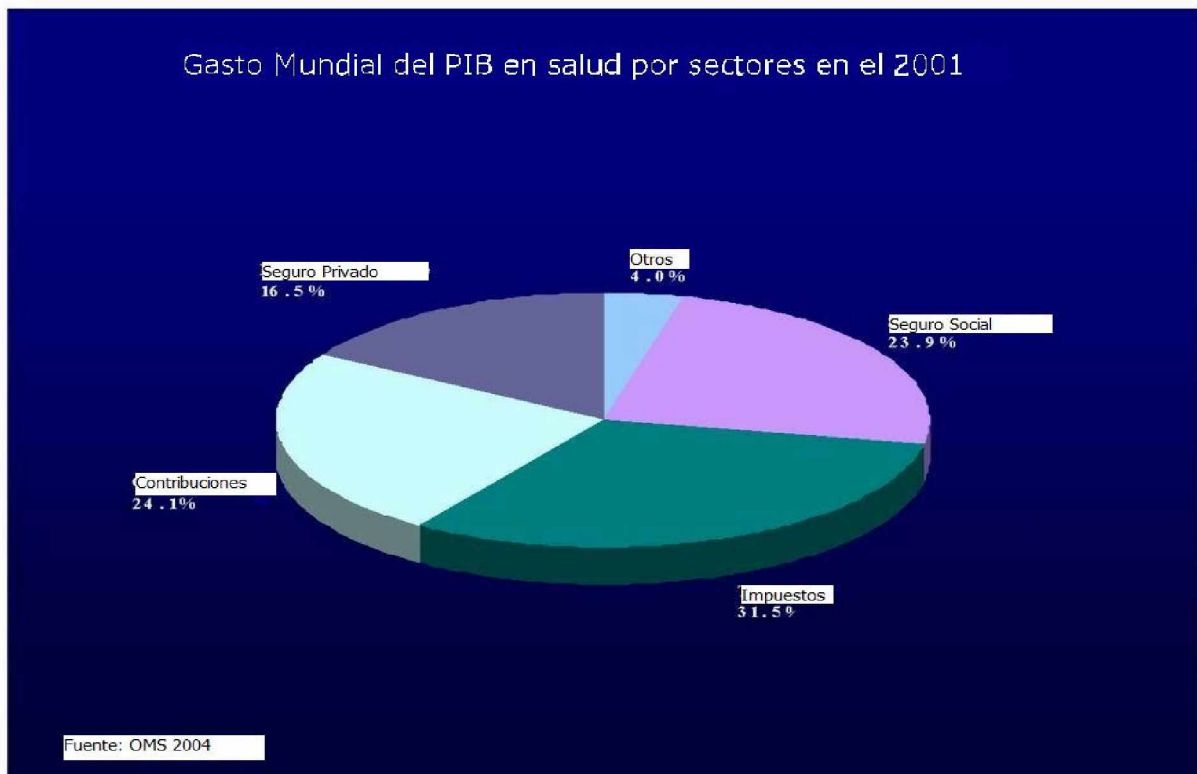
Gasto del PIB en salud a nivel mundial en el 2004



Fuente: Organización Mundial de Salud (OMS)



Gráfica N°2



Un tercio de la población mundial- sobre todo de los países pobres no tiene acceso a medicamentos esenciales, mientras que en los países denominados industrializados dos tercios tienen acceso a medicinas y consumen el 80% de los medicamentos producidos en el mundo, siendo que, en los países más ricos, el 70% de las preparaciones farmacéuticas cuentan con financiamiento público.

La situación de los medicamentos a nivel mundial se ha vuelto muy compleja, porque a pesar de los grandes avances en fármacos y tratamientos terapéuticos, existe la contradicción de que es la época en que más gente se muere, existiendo los medios para prevenir y evitar los decesos que ocasionan enfermedades tratables y en ocasiones curables. Dicha situación es la que impera en los países en desarrollo, puesto que cada año mueren más de 15 millones en estos países¹⁵⁰.

¹⁵⁰ *Ibidem* p. 10

Cabe mencionar que existe un fuerte vínculo entre la salud y la pobreza, ya que la gente que vive en los países de ingresos bajos y medios “tiene mayores posibilidades de contraer enfermedades infecciosas, lo que obedece a las condiciones de pobreza y carencia que viven estas personas todos los días, en especial las que sobreviven con menos de 1 dólar diario, situación que hace que los niños que nacen y viven en ese entorno sean 5 veces más propensos de morir, que los que están en mejores condiciones y si a esto se le añade la falta de medicamentos esenciales cuando se necesitan, las consecuencias resultan terribles, la población a partir de los 5 años es 3 veces más propensa a morir de los 15 a los 39 años por la gran posibilidad de contraer enfermedades infecciosas, puesto que “las enfermedades infecciosas y parasitarias comprenden el 25% de las enfermedades de los países en desarrollo y menos desarrollados”¹⁵¹, para lo cual los medicamentos o no son eficaces, porque no son específicamente para esas enfermedades o son extremadamente caros, que las poblaciones no pueden pagarlos, además de que el 90% de la producción mundial de medicamentos no incluye estas enfermedades que no son redituables, porque la población de estos países es tan pobre que no puede pagarlas entonces no es un mercado para las grandes farmacéuticas.

“En los últimos 25 años sólo 15 medicamentos nuevos fueron creados para enfrentar las enfermedades tropicales que son letales para los países pobres. Estas enfermedades más la tuberculosis son responsables de más del 14% de las muertes en el mundo. En contraste 179 medicamentos fueron creados, en el mismo período para lidiar con las enfermedades cardiovasculares, las cuales representan el 11% de las enfermedades en el mundo. Estas cifras revelan que sólo el 10% de la investigación de nuevos medicamentos está pensada para curar y evitar la proliferación de las enfermedades que causan el 90% de las muertes en el planeta y el 10% de las enfermedades que causan la muerte a nivel mundial recibe el 90% de la investigación, creando una terrible desproporción que únicamente se explica porque el 10% de estas enfermedades se ubica en los

¹⁵¹ *Idem*

mayores mercados para las farmacéuticas y son los que reditúan grandes ganancias.

La realidad es que los países en desarrollo y los menos desarrollados tienen cada vez más población con enfermedades infecciosas y parasitarias, algunas para las cuales existe cura, pero lamentablemente se siguen usando los mismos tratamientos y medicamentos que se usaban hace 30 años y que además ya no son efectivos y continúan siendo muy dolorosos. Aunado a ello, los pocos medicamentos que existen para la tuberculosis o para la enfermedad de la encefalitis japonesa que cobra la vida de más de 10, 000 personas al año, son muy caras y en el caso de la encefalitis la única vacuna que existe está siendo destinada a las “personas de los países ricos que visiten los países en desarrollo y no para la gente de los países en desarrollo, puesto que la vacuna es excesivamente cara y por ende la gente enferma de estos países no podrá pagarla. Así, cabe señalar que los países tienen la obligación de invertir en investigación para el desarrollo de medicamentos para garantizar a su población la salud y acceso a los mismos aún cuando las farmacéuticas no lo hagan.

1.5.8. El mercado mundial de medicamentos

El mercado de medicamentos ha crecido mucho en los últimos 40 años, puesto que los avances científico-tecnológicos han significado la creación de “nuevos y mejores fármacos”, sin embargo como se mencionó anteriormente estos avances no son para todos, sino para la población a nivel mundial que puede pagar por esas medicinas y tratamientos y por ende es parte del mercado mundial de medicamentos.

Una de las características del mercado mundial de medicamentos es que ha tendido a concentrarse en los países industrializados, puesto que existe una relación entre el consumo de productos farmacéuticos y el nivel de desarrollo económico, ya que existe la tendencia desde 1992, de que más del “80% de todos los fármacos se venden en países industrializados, en cambio los países en

desarrollo consumen menos de una quinta parte del total de la producción es decir menos del 20%, también hay que aclarar que existen grandes disparidades entre los países en desarrollo¹⁵², puesto que los más grandes y con mayor fuerza económica como Brasil y México en América Latina, o Sudáfrica en África o China e India en Asia tienen un mayor poder adquisitivo para la compra de medicamentos que países en desarrollo como Indonesia o varios de África o que los países menos desarrollados como Sierra Leona.

Lo anterior, muestra que en el caso de los medicamentos existe un mercado definitivamente imperfecto y en medio de una profunda asimetría informativa, en donde quienes más necesitan saber sobre la prevención y el uso de medicamentos que podrían salvarles la vida son los menos enterados y los que pertenecen a los países que no significan un mercado para las grandes farmacéuticas transnacionales, también hay que denotar que en la situación de los medicamentos el fenómeno de que existe una gran variabilidad de precios para un mismo principio activo dentro de un mismo país y para una misma marca comercial entre distintos países, lo que repercute que en algunos países los medicamentos sean más caros que en otros o más baratos. Por lo general los medicamentos en los países en desarrollo son más costosos o de igual precio que en los países industrializados.

Otra de las constantes en el mercado farmacéutico mundial es que desde 1996 “Estados Unidos es el mayor mercado a nivel mundial y la población de este país consume el 35% de la producción internacional de fármacos, esta cifra contrasta con la de los países europeos que juntos no consumen más del 30% de la producción global de medicinas¹⁵³, que es el segundo mercado internacional para las farmacéuticas transnacionales.

¹⁵²Gutierrez Ríos, Diana Celeste. Tesis de Administración de empresas de la Universidad de las Américas (UDLA)- Puebla. Cholula, Puebla, México. Diciembre de 2003, p.9

¹⁵³ *Idem*

Las cifras del crecimiento del mercado mundial de fármacos también muestra de manera fehaciente cómo los países industrializados y algunos países en desarrollo representan las mayores ventas para las farmacéuticas transnacionales y el consumo de sus productos, ya que “apoyada por una creciente demanda de productos para el cuidado de la salud, el mercado global de fármacos en 1996 fue de \$296,400 millones de dólares, en tanto que para el 2002 la cifra se elevó a 321,000 millones de dólares y en el 2004 fue de 400,000 millones de dólares”¹⁵⁴.

Así, vemos que el principal mercado farmacéutico a nivel internacional son los países industrializados, quienes al tener grandes ingresos pueden comprar las medicinas que necesitan o los productos farmacéuticos que las empresas farmacéuticas les hacen creer como son los tratamientos para evitar la celulitis, las píldoras anticonceptivas, los somníferos, las anfetaminas o pastillas para bajar de peso y los anti-micóticos, ya que las personas de los países desarrollados que no están enfermas siempre podrán ser manipuladas por el concepto que utilizan las farmacéuticas mediante su publicidad de tener una imagen mejor y más saludable, aún cuando se éste sano.

Cuadro N°4

Mercado Farmacéutico Mundial en 2002

País	Ventas en millones de dólares
América del norte	146.9
Estados Unidos	140.3
Canadá	6.6
Europa	55.6
Alemania	15.9
Francia	14.0
Italia	9.7
Reino Unido	9.9
España	5.9
Asia	46.4
Japón	46.4
América Latina	12.1
Brasil	4.1
México	5.9
Argentina	2.1

¹⁵⁴ *Idem*

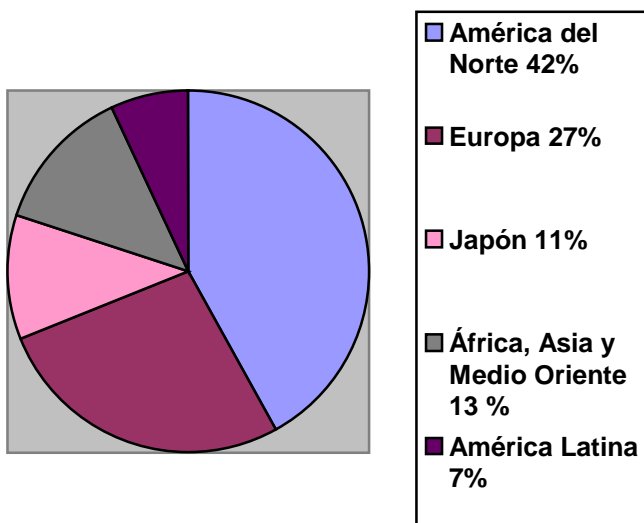
Oceanía
Australia/ Nueva Zelandia

3.0
3.0

Fuente: IMS Drug Monitor /Scrip Magazine

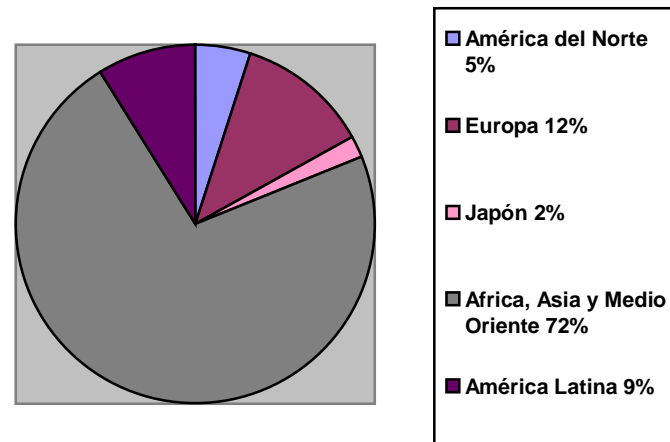
Grafica N° 3

Mercado mundial de Medicamentos Mundial 2004.








Grafica N°4

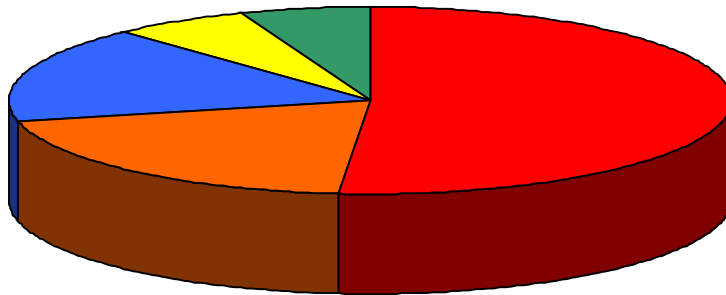
Población Mundial (más de 6,300 Millones de personas)



Fuente. Diane Smith. Et al. *Fatal Imbalance*. Op. Cit.p. 11

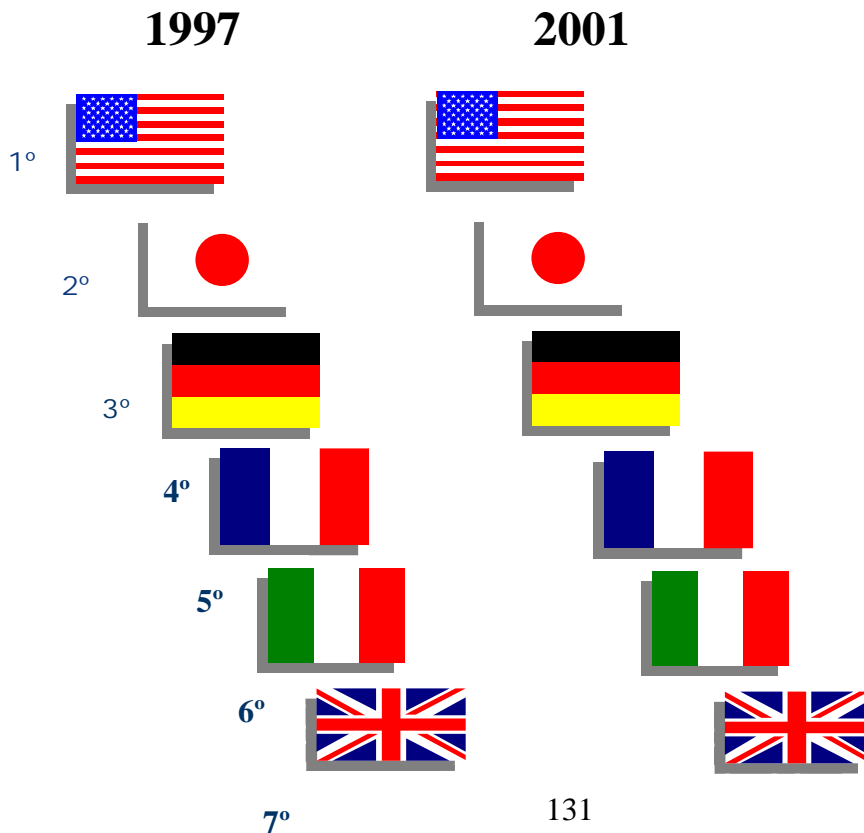
Gráfica N°5
Mercado farmacéutico mundial
Porcentaje de la participación por región.

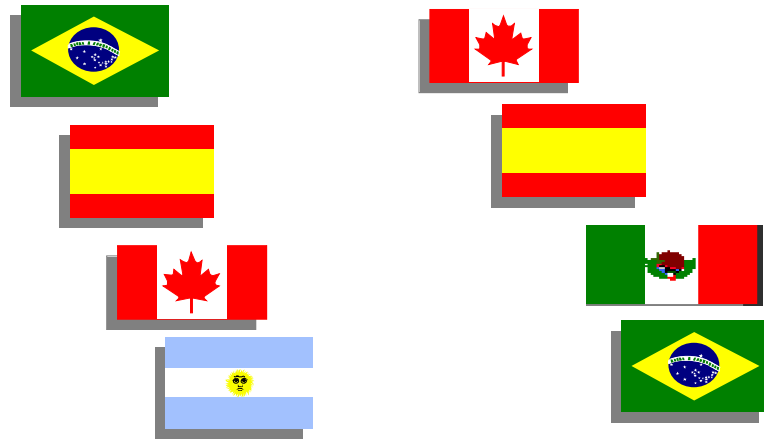
52% América del Norte 
 20% Europa 
 17% Asia 
 6% África, Medio Oriente y Oceanía 
 5% América Latina 



Fuente: Federación Brasileña de Farmacéutica (FEBRAFARMA) consultado en www.febrfarm.com.br

Cuadro N°5
Mercado Farmacéutico mundial





Fuente: IMS - World Drug Purchases / World Review

1.5.8.1. Participación de las grandes farmacéuticas en el mercado global

Las empresas farmacéuticas transnacionales tienen una gran participación en el mercado mundial de medicamentos, puesto que en el mundo existen cerca de 10,000 empresas farmacéuticas en todo el orbe pero solo 100 de ellas tienen una participación significativa en el mercado. Pero sólo 20 empresas son líderes en el sector y controlan más del 50% del mercado mundial, lo significativo es que 6 de las empresas líderes son estadounidenses, lo anterior muestra el nivel de concentración del sector farmacéutico, puesto que “las principales compañías farmacéuticas no sólo han mantenido su participación sino que la han aumentado”¹⁵⁵, lo que ha repercutido en que la cifra de participación de todas estas empresas haya crecido a nivel global, ya que en 1985 las 20 grandes farmacéuticas controlaban el 37.7% del mercado, en tanto que en la actualidad controlan el 70% del mismo debido a las diversas fusiones que se han

¹⁵⁵ Gutiérrez Ríos, Diana Celeste. *Op cit* .p.8

llevado a cabo en los últimos 20 años, además de que 10 de ellas controlan el 50%.

Cabe destacar que aunque algunas de estas empresas han bajado su participación, la gran mayoría la aumentó e incluso la duplicó. Una de las razones por las cuales estas grandes farmacéuticas tienen un gran porcentaje en el control del sector farmacéutico es la gran cantidad de productos farmacéuticos que producen y las diversas categorías terapéuticas que manejan, lo que les permite capturar mayores ingresos.

En esta lógica, se puede ver cómo el mercado farmacéutico está controlado por las empresas farmacéuticas transnacionales que pertenecen a los países industrializados. Así, estas empresas debido al gran poder e influencia en el mercado llevan a cabo iniciativas y establecen los precios de los medicamentos a nivel mundial.

Cuadro N°6

Participación en el mercado mundial de las 20 compañías principales en 1988, 1992, 1995 y 2004.

Compañía	Participación 1988	Posición	Participación 1992	Posición	Participación 1995	posición	Participación 2004	Posición
Glaxo Wellcome(actualmente Glaxo Smith-Kline)	2.7%	2	3.6%	1	4.5%	1	8	2
Merck	3.2%	1	3.6%	2	3.5%	2	6%	3
Hoechst Marion Rousell	2.5%	3	2.6%	4	3.5%	3	2.0%	14
Bristol Myers-Squibb	1.6%	12	2.8%	3	3.1%	4	4%	7
AHP (actualmente Wyeth)	2.1%	6	2%	9	3%	5	4%	10
Pfizer	1.6%	12	2%	9	2.9%	6	12%	1
Johnson & Johnson	1.5%	16	1.9%	13	2.9%	6	5%	5
Roche(actualmente Hoffman- La Roche)	1.3%	16	2.1%	7	2.6%	8	4%	9
Smith Kline Beecham (actualmente Glaxo Smith-Kilne)	1.3%	21	2.2%	5	2.5%	9	8%	2
Ciba-Geigy (actualmente Novartis)	2.2%	5	2.2%	5	2.5%	9	4%	8
Rhone Poulenc Rorer	1.3%	19	1.8%	14	2.2%	11	5%	6

(actualmente Aventis)								
Bayer	2.3%	4	2.0%	9	2.1%	12	2.2%	12
Eli Lilly	1.7%	9	2.0%	9	2.0%	13	2.1%	11
Sandoz (actualmente Novartis)	2.0%	7	2.1%	7	1.9%	15	4%	8
Schering Plough	1.4%	18	1.5%	16	1.9%	14	1.8%	13
Astra (actualmente Astrazeneca)	No estuvo en las 25 primeras empresas		1.1%	22	1.8%	16	5%	4
Abbott	1.7%	10	1.8%	14	1.8%	16	1.8%	15
Upjohn-Pharmacia (actualmentePfizer-Pharmacia)	1.4%	18	1.3%	18	1.7%	18	1.5%	16
Sankyo	No estuvo en las 25 primeras empresas		1.0%	24	1.6%	19	1.0%	20
Takeda	1.0%	20	1.5%	16	1.6%	19	1%	20
Ventas Totales	156.6 mil mdd		229.9 mil mdd		250 mil mdd		403 mil mdd	
Participación de las 10 primeras empresas	22.4%		25.4%		31%		53%	
Participación de las primeras 20 empresas	37.7%		41.6%		49.6%		70%	

Fuente: elaboración propia con datos de Gutierrez Ríos, Diana op.cit p.10 , Artículo de Silvia Ribeiro "La inversión en los genes" op. Cit Pp. 1 y 2 y datos de las 500 empresas de *Forbes*, consultado en www.forbes.com .

1.5.8.2. Producción de medicamentos a nivel mundial

La producción de medicamentos a nivel internacional ha crecido de manera excepcional, este incremento tiene origen en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. A partir de este período han surgido nuevas tecnologías en el área médica y en la producción, así no sólo se "ha elevado la cantidad de medicamentos fabricados sino también las innovaciones, las cuales se han concentrado en los países industrializados"¹⁵⁶.

Bajo este marco, hay que señalar que la productividad está estrechamente ligada con el desarrollo económico de los países, razón por la cual puede entenderse que los países industrializados son los que tengan a las principales farmacéuticas y que éstas a su vez concentren la producción de medicamentos, aunque esto no

¹⁵⁶ Gutierrez Ríos, Diana Selene. *Comportamiento estratégico de la industria farmacéutica mundial*. Tesis de Licenciatura en Administración de empresas. Universidad de las Américas, Puebla. Escuela de Negocios Departamento de Administración de Empresas Cholula, Puebla. Diciembre de 2003. p. 9

excluye que algunos países en desarrollo que tienen mayores recursos económicos que los menos desarrollados puedan producir medicamentos como es el caso de Brasil, India y Sudáfrica.

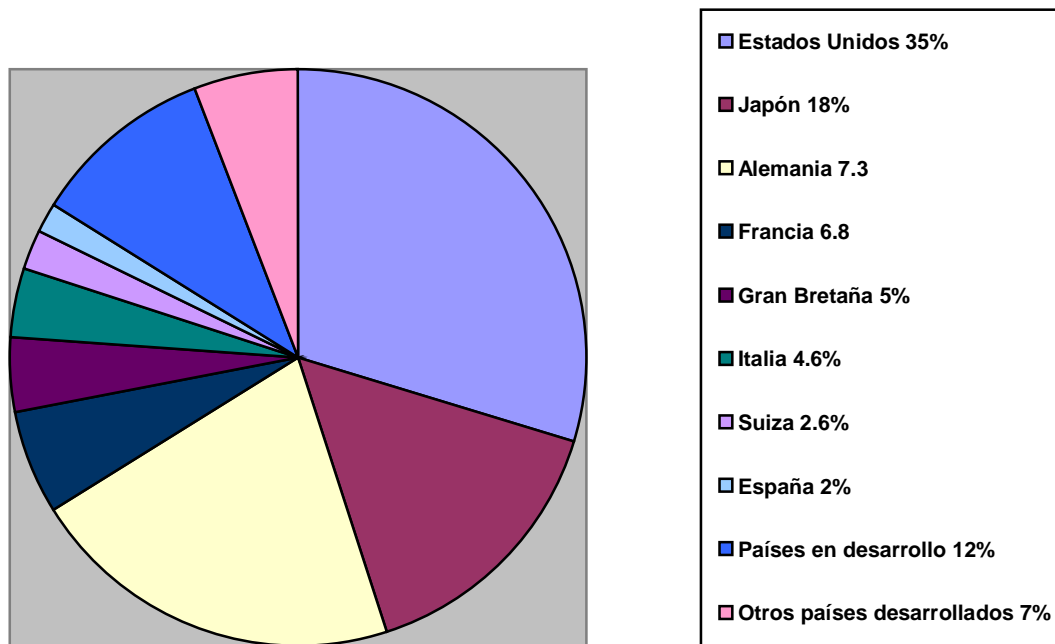
Las dos terceras partes de la producción mundial de fármacos está concentrada en Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia y Reino Unido, en este sentido Estados Unidos es responsable del 35% de la producción internacional, en tanto que Japón comprende el 17.8%.

Actualmente, sólo 10 medicamentos, que son los más vendidos en los países en desarrollo, absorben el 12% de la producción mundial de medicinas.

El crecimiento de la producción de los fármacos a nivel internacional ha obedecido básicamente a la demanda de los países industrializados y a la existencia de nuevas categorías terapéuticas y de “nuevos fármacos”.

Gráfica N°6

Producción mundial de medicamentos



Fuente: elaboración propia con base en los datos de Gutiérrez Ríos, Diana *Op. Cit.* p. 9 y datos de la Organización Mundial de Salud.

1.5.8.3. El crecimiento de las ventas a nivel internacional

El aumento de la producción y del mercado implican por ende el crecimiento de las ventas de los medicamentos a nivel mundial; pero factores como la expansión del mercado y el hecho de que algunas regiones como Europa y América del norte consumen cada vez más una mayor cantidad de medicamentos¹⁵⁷ repercute en éste hecho.

El período que comprende de 1980 a la fecha es el que mejor muestra cómo se han incrementado las ventas, puesto que en ningún año de dicho período las ventas se han estancado, ya que de un año a otro siempre ha existido un crecimiento aunque sea mínimo.

¹⁵⁷ En estas regiones además de aumentar el consumo de fármacos para distintas enfermedades ha aumentado el consumo de somníferos, medicamentos anticonceptivos (parches, píldoras), productos anticelulíticos, anfetaminas, productos para perder peso, para la calvicie y productos para el “mejoramiento de una imagen saludable”.

Las empresas farmacéuticas transnacionales son responsables de la mayor parte de las ventas internacionales al igual que de la mayor producción a nivel mundial. Lo anterior obedece a las grandes fusiones que han tenido en los últimos 20 años estas empresas, razón por la cual también han incursionado en otros sectores y han diversificado el mercado y también las ventas.

Lo más significativo del caso de las farmacéuticas transnacionales es que de las 20 empresas que dominan el mercado mundial, las 10 más grandes son las que tienen los mayores márgenes de ventas y por ende las mayores ganancias.

El caso de las ventas en la industria farmacéutica es un claro ejemplo de cómo estas transnacionales concentran grandes ingresos, produciendo los medicamentos que les aportan cuantiosas sumas de dinero, a los cuales denominan medicamentos estrella, pero que no responden a las necesidades de las personas a nivel internacional, y especialmente de la población de los países pobres, es decir no se producen ni venden los medicamentos que más se necesitan o que ayudarían a mitigar las dolencias y erradicar las enfermedades disminuyendo la mortandad causada por éstas. Dicha situación se explica por 2 factores esenciales, el primero que los medicamentos para las enfermedades que aquejan a los países pobres no son rentables, porque la población de estos países no tiene el dinero para adquirirlos y el segundo es que la venta de estos productos no genera el monto de las ventas que si aportan productos estrella como el viagra en los países industrializados, que el principal mercado para las farmacéuticas.

Cuadro N°7

El aumento de las ventas a nivel mundial

Año	Ventas
------------	---------------

1988	\$156,600 millones de dólares
1992	\$229,900 millones de dólares
1995	\$250,000 millones de dólares
2000	\$317,000 millones de dólares
2004	\$421,000 millones de dólares

Fuente: Elaboración de la autora con datos de “globalización, S.A. Concentración del poder corporativo: la agenda olvidada”, Grupo de Acción sobre Erosión, Tecnología y Concentración (Grupo ETC), 26 de diciembre de 2001. Y de “¿Cómo van las ventas farmacéuticas?” en *Boletín de fármacos*. Volumen 7, número 4, septiembre de 2004. Consultado. El 25 de febrero de 2005.

Cuadro N°8

Las ventas de las 10 corporaciones farmacéuticas

Compañía	Ventas en millones de dólares. 2002
Pfizer Pharmacia	\$42,281
Glaxo Smith-Kline	\$26,979
Merck &Co.	\$21,631
AstraZeneca	\$17,841
Johnson & Johnson	\$17,151
Aventis	\$15,705
Bristol Myers-Squibb	\$14,705
Novartis	\$13,497
F.Hoffman-La Roche	\$12,630
Wyeth	\$12,387

Fuente: Ribeiro, Silvia. “la inversión en los genes” en *la Jornada*, 30 de agosto de 2004. Consultado en www.jornada.unam.mx. p. 2

Cuadro N°9

Ventas de las grandes farmacéuticas en el 2000

Posición en la Compañía País Sector Ventas en Ganancias Ingresos Valor del

lista de las 500
empresas de
Forbes en el
año 2000

miles de millones de
dólares mdd mdd mercado

24	Pfizer	Estados Unidos	Medicamentos y biotecnología	\$40,360	6.20	120.06	285.27
46	Johnson & Johnson	Estados Unidos	Medicamentos y biotecnología	\$40,010	6.74	46.66	160.96
63	Merck & Co	Estados Unidos	Medicamentos y biotecnología	\$30,780	7.33	42.59	108.76
64	Novartis Group	Suiza	Medicamentos y biotecnología	\$26,770	5.40	46.92	116.43
78	Roche Group	Suiza	Medicamentos y biotecnología	\$25,180	2.48	45.77	95.38
80	GlaxoSmithKline	Reino Unido	Medicamentos y biotecnología	\$34,160	6.34	29.19	124.79
108	Aventis	Francia	Medicamentos y biotecnología	\$21,660	2.29	31.06	62.98
119	AstraZeneca	Reino Unido	Medicamentos y biotecnología	\$20,460	3.29	23.57	83.03

Fuente: Forbes. Consultado en www.forbes.com/lists500

Cuadro N°10

Ventas mundiales de medicamentos en los mayores mercados en 2004.

País	Monto de ventas	Crecimiento de las ventas
Estados Unidos	\$166,300 millones de dólares.	10%
Canadá	\$9,200	10%
Alemania	\$23,500	6%
Francia	\$19,700	6%
Reino Unido	\$14,000	10%
Italia	\$13,600	4%
España	\$9,400	11%
Japón	\$55,000	4%
México	\$6,300	11%
Brasil	\$4,600	28%
Argentina	\$1,700	49%
Australia	\$4,800	9%

Fuente: Boletín fármacos. Volumen 7. Núm 4. Sept.2004. consultado en www.boletinfarmacos.org

1.5.8.4. Los mayores mercados y el mayor consumo a nivel mundial

La producción, las mayores ventas y el más alto consumo de medicamentos se concentran en los países industrializados, y en algunos países en desarrollo, por razones anteriormente mencionadas.

Cómo es lógico los mayores mercados de medicamentos son los lugares donde más se consumen. La lógica que siempre ha existido para las empresas farmacéuticas es que ante todo el negocio debe de ser rentable y por esa razón los mayores mercados deben estar en los lugares donde la gente pueda pagar los productos farmacéuticos.

En este sentido, los mayores mercados y donde más se consumen medicinas desde 1997 a la fecha son: Estados Unidos, Japón , Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, España, México, Brasil, Argentina y Australia.

1.5.8.5. Canales de comercialización

Existen diversos canales de comercialización para que las grandes empresas transnacionales puedan mantener los ingresos que tienen, algunos de estos canales constituyen claras estrategias de mercado como son la promoción de medicinas con los médicos por medio de muestras gratuitas, los placebos y la mercadotecnia de los productos farmacéuticos; aunado a ello, la diversificación de las empresas farmacéuticas responde a tácticas específicas para comercializar mayores “productos”, así una empresa al producir medicamentos de diferentes categorías terapéuticas específicas como los analgésicos, los antibióticos, hormonas, vitaminas, productos anticancerígenos etc; tiene mayores posibilidades de incrementar sus ingresos en el mercado, además de que algunas de estas empresas al fusionarse han incursionado en nuevos sectores como la biotecnología, la genómica, y la farmacología veterinaria y con eso han logrado obtener mayores ingresos y concentrar mayores sectores del mercado, monopolizando la farmacéutica en general.

Un ejemplo de lo anterior es la empresa *Glaxo Smith-Kline* que es resultado de diversas fusiones entre farmacéuticas que se dedicaban a categorías terapéuticas específicas y que a pesar de estar fusionadas no han perdido dicha especialidad, por el contrario la han utilizado para tener mayor presencia y abarcar mayores mercados, puesto que *Glaxo* sigue produciendo y teniendo una posición líder en medicina interna y respiratoria, *Smith-Kline* en medicamentos contra las infecciones y *Wellcome* en antivirales, específicamente en medicamentos para el SIDA, así aunque conforman la misma marca y la misma empresa farmacéutica no han dejado de ser especialistas y los mayores productores de los medicamentos que fabricaban, lo que ha implicado un mayor crecimiento y monopolio de fármacos para las diversas especialidades médicas.

1.5.9. El acceso a medicamentos

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización de las Naciones Unidas como un derecho universal e inalienable para todos los seres humanos, compuesta por varios elementos como los servicios médicos efectivos, procesos terapéuticos, cirugías y acceso a medicamentos, pero en la “era global” hay que decir que ese derecho es restringido por la capacidad adquisitiva de cada persona, es decir por las posibilidades económicas con las que cuenta para seguir manteniendo su salud o sucumbir ante las enfermedades.

La terrible realidad es que en el mundo existen cada vez más pobres, tanto que se han designado nuevas categorías como la de pobreza extrema y esto se traduce en que toda esta población no puede tener acceso a consultas médicas si no son gratuitas u otorgadas por el Estado, ya que no pueden pagarlas y mucho menos comprar medicamentos de altos costos cuando no tienen el suficiente dinero para satisfacer las necesidades básicas. Los medicamentos son un componente fundamental de los servicios de salud, pero lo más lamentable, es que la mayoría de las personas mueren porque no tienen las posibilidades

económicas para pagar los altos costos de las medicinas que podrían curarlos y salvarles la vida.

Un tercio de la población mundial no accede a medicamentos esenciales y cuatro quintas partes de la de las personas que viven en los países en desarrollo no disponen de asistencia farmacéutica pública, y esta situación se puede cuantificar geográficamente de la siguiente manera: en África sólo 320 millones de personas acceden a menos del 50% de los medicamentos que necesitan, y más del 50% de la población de éste continente no tienen acceso a medicamentos esenciales, la zona de América del norte en específico sólo Estados Unidos y Canadá y los países de Europa tienen acceso al 95% de los fármacos que requieren, en Europa, algunos países de Asia y de América Latina acceden a menos del 60% de los medicamentos y en general los países en desarrollado de América Latina, Asia y África tienen acceso a menos del 80% de las medicinas que demandan y los países menos desarrollados pueden obtener menos del 30% de las medicinas que les son indispensables para seguir manteniendo la vida.

“17 millones de muertes al año son consecuencia de enfermedades infecciosas y más del 90% de esas muertes suceden en países en vías de desarrollo. En 1999, 13 millones de personas murieron de SIDA, malaria, complicaciones respiratorias y diarrea; sólo la malaria causa la muerte de 2,600 millones de personas al año. Al final del 2000, 36.1 millones de personas (34.7 millones de adultos y 1.5 millones de niños menores de 15 años) tenían SIDA o eran portadores del VIH. En América Latina, más de 1.4 millones (adultos y niños) son VIH positivos o sufren SIDA y en Centro América, como en otros lugares de América latina, el 90% de personas viviendo con VIH/SIDA no tienen acceso a la terapia con antiretrovirales, porque sólo muy pocas personas son las que pueden pagar por los medicamentos que necesitan, esa es la situación que prevalece en el caso de los medicamentos anti-retrovirales que se utilizan en el combate contra el SIDA, por eso el contagio de las enfermedades infecciosas oportunistas y frecuentes resultan ser fatales”¹⁵⁸.

¹⁵⁸López Linares, Roberto. *La lucha por el acceso a medicamentos esenciales*. Acción Internacional para la Salud, Oficina de Coordinación AISLAC, Lima, Perú 2000. p. 1

En el acceso a medicamentos intervienen muchos factores como las políticas sanitarias, la cobertura de servicios de salud, las políticas del mercado, el financiamiento del Estado en materia de salud, el ingreso económico, la oferta y la demanda, la legislación nacional y las normas internacionales y regionales. Esta situación es lógica pensando que la cobertura de las necesidades y de servicios médicos de los Estados en la actualidad se ha visto disminuida, y que las políticas del mercado farmacéutico son más rígidas que antaño, aunado a eso, el aumento de la pobreza ha repercutido en la obtención de los medicamentos.

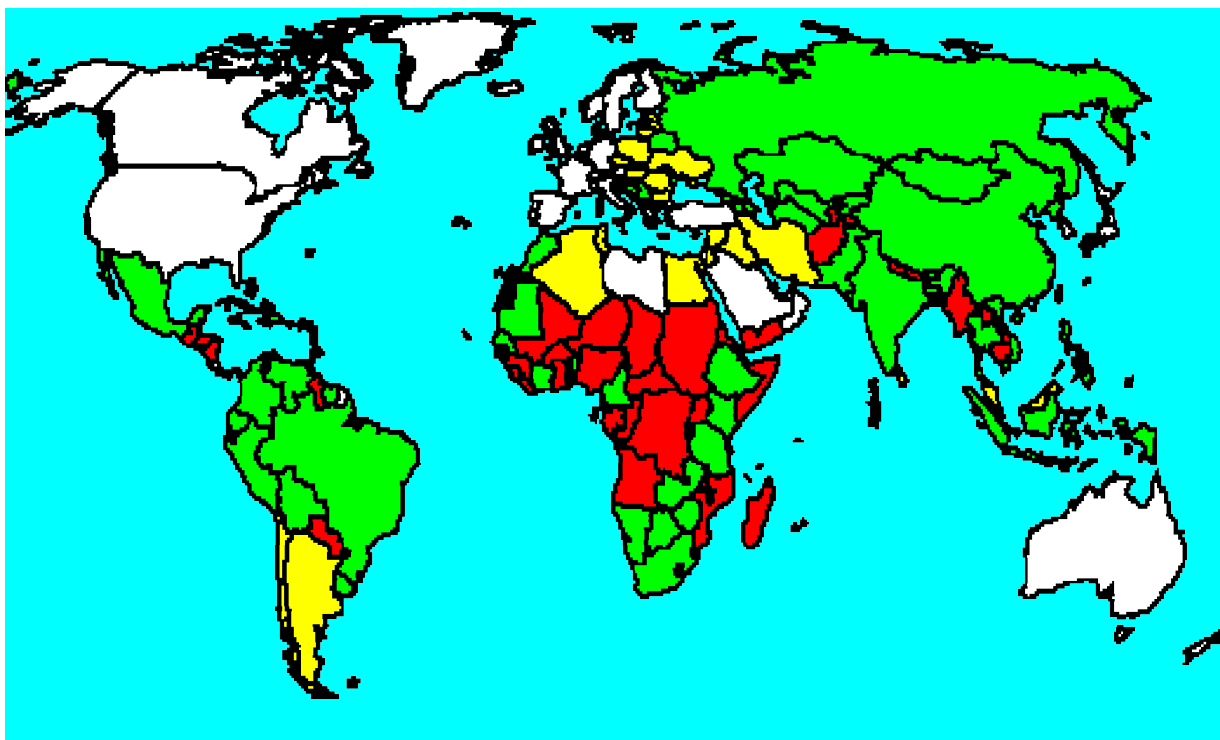
En 1978, la Organización de las Naciones Unidas identificó 28 países como menos desarrollados y en 2000, aumentaron a 51; al mismo tiempo se estimó que más de 1300 millones de personas en el mundo viven con menos de un dólar al día. El Banco Mundial sostiene que “un sexto de la población mundial produce el 78% de los bienes y servicios y recibe 78% de los ingresos mundiales -un promedio de \$ 70 dólares diarios. Tres quintos de la población mundial en los 61 países más pobres recibe el seis por ciento de los ingresos mundiales, menos de 2 dólares diarios.” A nivel mundial, el número de pobres ha crecido en 25 millones al año, la pobreza en que viven más de 60 millones de latinoamericanos - el 60% de ellos son niños- es un factor que tiene que ser tomado en cuenta para mejorar el acceso a medicamentos¹⁵⁹. El Banco Mundial afirma que en general las desigualdades son mas grandes al interior de los países en desarrollo que en los países industrializados y por ende esto repercute en el acceso a medicamentos.

Otra cifra que muestra que la desigualdad económica tiene grandes repercusiones en el acceso a medicamentos esenciales y a condiciones favorables de salud es la de que en el mundo existen entre 1300 y 2,200 millones de personas en el mundo que siguen sin tener acceso a medicamentos esenciales. La falta de acceso está especialmente concentrada en África. Así, la reducción del precio de los medicamentos, una mayor equidad de los ingresos y la búsqueda de nuevas alternativas puede mejorar el acceso a los medicamentos a nivel internacional.

¹⁵⁹ *Idem*

Mapa N°3

Acceso a medicamentos a nivel mundial



- Personas que acceden el 95% de los medicamentos que necesitan
- Personas que acceden a menos del 60% de los medicamentos
- Personas que acceden al menos del 80% de las medicinas
- Personas que acceden a menos del 30% de los medicamentos esenciales
- Sin Datos

Fuente: Tobar, Federico. Tendencias en materia de medicamentos genéricos en Latinoamérica. Ponencia del primer congreso Argentino-brasileño de medicamentos genéricos. Buenos Aires, diciembre de 2002. p.4

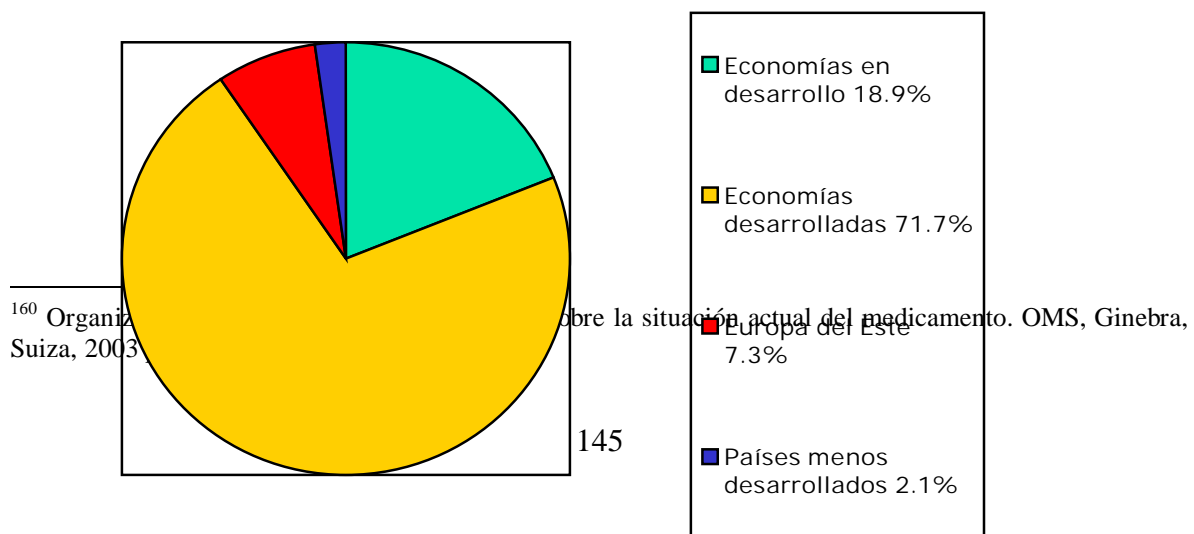
1.5.9.1. El consumo a nivel mundial

Como ya se ha mencionado, el consumo a nivel mundial de los medicamentos está concentrado en los países industrializados que son los que consumen más del 80% de la producción mundial de medicamentos, la lista es encabezada por Estados Unidos, Japón, Alemania, Gran Bretaña, Francia e Italia, Suiza y España. Las ventas y el consumo farmacéuticos mundiales aumentó en

1999, esto sucedió porque el “15% de la población de los países más desarrollados compró y consumió alrededor del 90% de los medicamentos, aspecto que se ha incrementado desde 1988 a la fecha. Tan solo hay que denotar que Estados Unidos consumía en 1976 el 18.4% de los medicamentos, en tanto que en la actualidad consume el 50 % de los mismos”¹⁶⁰.

Así, el consumo de los medicamentos se ha dirigido casi exclusivamente a los países desarrollados y a las enfermedades provocadas por las condiciones de vida en estos lugares y a sus necesidades, estableciendo que aunque existan miles de millones de personas que no tienen acceso a medicamentos básicos que pueden salvarles la vida, no importan porque no tienen la capacidad económica para adquirir dichos fármacos. Razón por la cual el consumo de medicamentos en el mundo se ha convertido en un índice de poder adquisitivo y de discriminación dividiendo a los que tienen la facultad de comprar y los que no.

Gráfica N°7
Consumo de medicamentos a nivel mundial



Fuente: Elaboración de la autora en base a los datos de la situación del medicamento de la OMS. 2003

1.5.9.2. Los medicamentos genéricos

Ante este panorama, han surgido algunas alternativas para que la población con menos recursos pueda tener acceso a los medicamentos esenciales sin pagar los altos costos por ellos. Esta alternativa la constituyen los medicamentos genéricos.

Los medicamentos genéricos surgieron en Estados Unidos en la década de los años 60, cuando “el gobierno de éste país decidió probar la seguridad y eficacia de los medicamentos producidos hasta 1962. Así, el Consejo Nacional de Investigación avaló todos los fármacos aprobados en esa fecha y elaboró una lista de clasificación de los medicamentos. La clasificación era:

- Efectivos para todas las indicaciones recomendadas
- Probablemente efectivos para las indicaciones recomendadas
- Inefectivos para las indicaciones recomendadas

Esta categoría permitió que los fabricantes de medicamentos obtuvieran permisos para producir medicamentos clasificados como eficaces en 1962 sin la necesidad de realizar estudios científicos para comprobar que eran efectivos”¹⁶¹. De esta manera, empezaron a producirse los primeros medicamentos genéricos aunque no bajo ese nombre.

¹⁶¹ Febrafarma. A historia dos medicamentos genéricos em Estrados Unidos. Consultado en www.febrafarma.com, el 14 de octubre de 2004.

En 1984, el Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos avaló la lista con 2392¹⁶² medicamentos como genéricos, además de que se dieron las condiciones necesarias para la industria de los medicamentos genéricos, “las normas fueron establecidas por la *Drug Price Competition and Patent Restoration Act* que determinó los mecanismos más simples de registro para las versiones genéricas de todos los medicamentos aprobados después de 1962, fecha en que se presentaron las primeras investigaciones sobre la bioequivalencia¹⁶³ de los medicamentos y los procesos productivos además de otras exigencias comprobando la eficacia y equivalencia del producto original”¹⁶⁴. Estas medidas tuvieron diversas implicaciones como la disminución de los períodos entre la expiración de la patente y el lanzamiento del genérico de más de 3 años a menos de 3 meses.

Después de esto, la producción de medicamentos genéricos creció mucho y este tipo de medicinas se dieron a conocer como genéricas, porque prescindieron de marca pero también porque su costo es menor que los patentados, precisamente porque ésta ya ha expirado. Desde 1984 a la actualidad la industria de los medicamentos genéricos ha aumentado notablemente y comprende diversas categorías terapéuticas no sólo las que se permitieron con los primeros medicamentos genéricos en 1962.

Posteriormente, los medicamentos genéricos se han producido en diversos países y han tenido un papel importante en el control, disminución de precios y acceso a los medicamentos. El bajo costo se debe a que ya no es necesario invertir dinero en investigaciones “para el desarrollo de nuevas moléculas y pruebas clínicas,

¹⁶² Cileto Dias, Claudia. Medicamentos genéricos en Brasil de 1999 a 2002: análisis de la legislación, aspectos coyunturales y políticos. Tesis de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. 2002. p.5

¹⁶³ La bioequivalencia se refiere a que un producto debe de contener los mismos ingredientes activos que el medicamento de patente o marca, refiriéndose a la fuerza y la concentración del mismo.

¹⁶⁴ *Idem*

pues estas ya fueron hechas por las empresas que detentaban el medicamento”¹⁶⁵ para su producción y comercialización por medio de la patente.

Para los países en desarrollo, los medicamentos genéricos se han vislumbrado como una alternativa para que su población tenga acceso a las medicinas esenciales.

Cabe señalar que para que se puedan producir versiones genéricas de los distintos medicamentos, las patentes de los medicamentos de marca o referencia tienen que expirar para acabar con los derechos monopólicos que tienen sobre la fórmula para la creación de ese fármaco, empero hasta 1995 en muchos países las patentes de las medicinas no estaban protegidas y esto propició que se produjeran genéricos, haciendo mucho más accesibles los medicamentos en estos lugares.

Además de lo antes mencionado para que se pueda comercializar un medicamento genérico “se necesita presentar al órgano de Regulación de Salud del país, diversas pruebas que certifiquen que el genérico posee las mismas características de eficacia y seguridad del medicamento de referencia. Las pruebas para ser intercambiable con el original son: la bioequivalencia que es una prueba para demostrar que el genérico tiene los mismos ingredientes activos o sustancias químicas que el original y que el efecto terapéutico va a ser el mismo”¹⁶⁶. La prueba de disolución que es para ver cómo se disuelve el medicamento en el tubo digestivo y cómo es absorbido por el organismo y la prueba de biodisponibilidad que es el proceso encargado de examinar la velocidad con la cual los medicamentos se absorben para pasar a la circulación sistemática del cuerpo vía oral o inyectada, la absorción debe de ser igual al medicamento original, al igual que su concentración plasmática.

¹⁶⁵ *Ibidem.* p.6

¹⁶⁶ *Ibidem* p.7

¹⁶⁷ Gutiérrez Ríos, Diana. *Op. Cit.* p. 22

¹⁶⁸ *Idem*

En este contexto, queda claro que los medicamentos genéricos “son una variedad de medicamentos certificados por el gobierno, que es idéntica a los medicamentos de marca. Las versiones genéricas difieren sólo en el empaque, etiquetado y la procedencia”¹⁶⁷, razón por la cual muchas personas están consumiendo más medicamentos genéricos que antaño.

La producción de medicamentos genéricos ha sido una solución viable de los países en desarrollo y menos desarrollados para garantizarle a su población el acceso a medicamentos baratos y efectivos.

1.5.9.2.1. Mercado mundial de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos al venderse entre un 30 y 60% más baratos que los medicamento de marca han propiciado una tendencia a optar por los medicamentos genéricos, pues “ahora alrededor del 45% de todas las prescripciones son para productos genéricos comparado con sólo el 3% que se prescribía en 1980”¹⁶⁸.

Por lo general, los medicamentos genéricos son producidos por pequeñas compañías farmacéuticas que no tienen la fuerza económica de las grandes transnacionales para hacerles promoción, pero en los últimos años la fuerza, crecimiento y penetración a nivel internacional y en especial en los países en desarrollo. La farmacéutica india *Ranbaxy*, *Teva generics* de Israel, *Hexal* de Alemania y *Apotex* de Canadá, los cuales han buscado la internacionalización por medio de la adquisición de empresas en mercados claves y por la fuerte inversión en investigación y desarrollo; sin embargo en los últimos años, por la terrible competencia que representan estos medicamentos para los productos de marca,

estas compañías están empezando a producir medicamentos genéricos para no perder las ventas y así no sólo tener ingresos por medio de los fármacos patentados sino también de los genéricos.

El mercado genérico mundial representa el 30% del mercado farmacéutico mundial, aunque podría pensarse que es una cifra muy pequeña, está creciendo y está representando la diferencia entre contar con mayor población muerta o enferma o con mayor número de población sana que incentive el desarrollo y crecimiento de los Estados.

Los precios de los medicamentos genéricos dependen de los niveles medios de los precios de los medicamentos de marca vigentes en cada país, por eso los medicamentos genéricos son más baratos en algunos países.

“Las ventas de los medicamentos genéricos en el 2001 fueron de 25,000 millones de dólares”¹⁶⁹, lo que representó una pérdida para las empresas farmacéuticas que únicamente producen medicamentos patentados.

Por otra parte, “la concentración de la producción mundial de medicamentos genéricos está en Estados Unidos, Japón, Alemania, India, y Brasil, pero sólo Estados Unidos, Japón y Alemania detentan el 60% mundial de genéricos, además el mercado mundial ha estado creciendo significativamente y en el año 2000 creció 11%”¹⁷⁰, aspecto que muestra que la población mundial está consumiendo con mayor frecuencia desde hace 6 años los medicamentos genéricos en lugar de los medicamentos de marca.

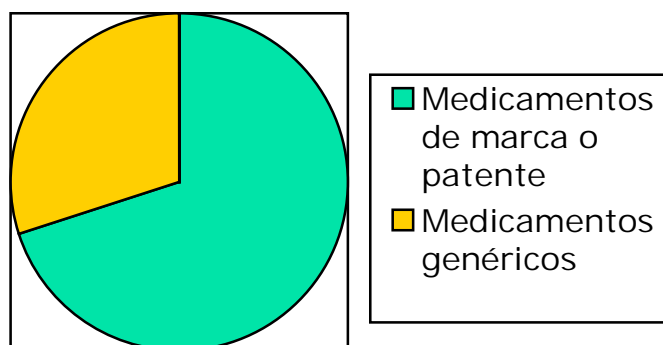
¹⁶⁹ Cileto Dias, Claudia. Medicamentos genéricos en Brasil de 1999 a 2002: análisis de la legislación, aspectos coyunturales y políticos. Tesis de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. 2002 p.19

¹⁷⁰ *Idem*

La producción de medicamentos genéricos en el mundo ha aumentado notablemente, pero hay que señalar que su producción depende de la variación de precios de los medicamentos de patente vigentes en cada país.

El éxito y la producción de los medicamentos genéricos depende en gran medida de las condiciones sociales que imperen en cada país y del estado de bienestar con que cuente la población, ya que los medicamentos genéricos tendrán poca producción y consumo en países donde la población tiene las necesidades sanitarias y el acceso a los medicamentos completamente cubiertos. Situación que comúnmente ocurre en países desarrollados como Francia e Italia.

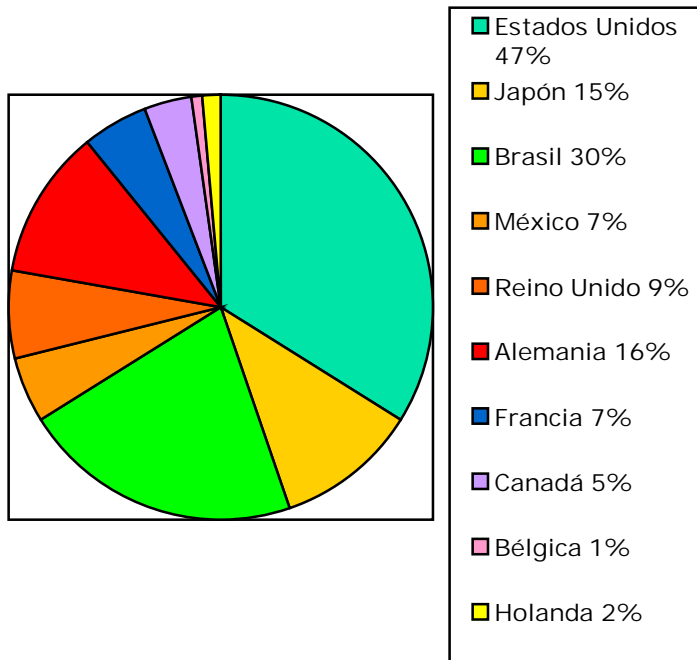
Gráfica N°8
El mercado de medicamentos genéricos



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de la Federación Brasileña de la industria Farmacéutica (FEBRAFARMA). *La industria farmacéutica: nuevos desafíos, nuevas propuestas*. Brasil, 2002. Diapositiva Núm.18

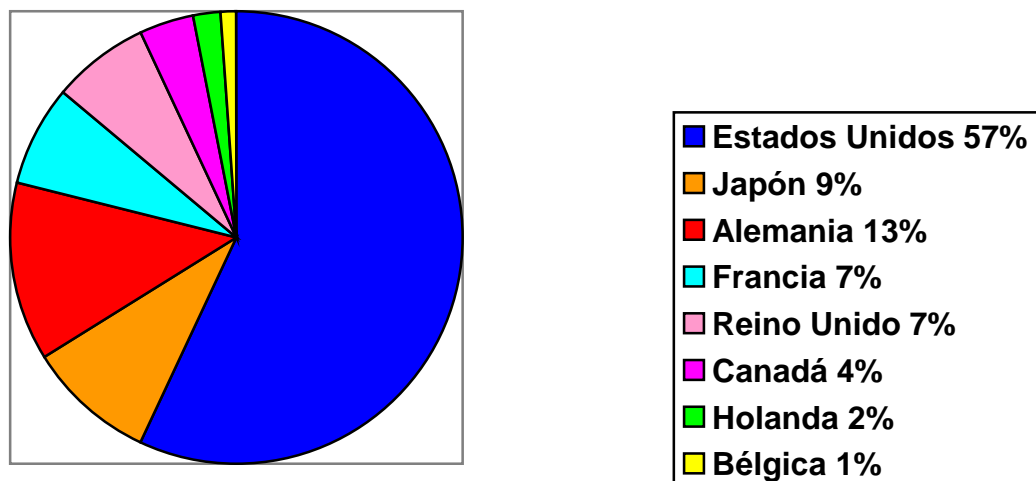
Gráfica N° 9

Participación de los medicamentos genéricos en los mercados internacionales



Fuente: OMS. Programa de acción sobre medicamentos. Consultado en Velásquez, Germán. *Medicamentos genéricos y el acuerdo de los ADPIC. Conferencia del II congreso Argentino Brasileño de medicamentos genéricos. Buenos Aires, Argentina, Dic. 2002. p. 6*

Gráfica Nº 10 Participación de los países en el mercado mundial de medicamentos genéricos



Fuente: Velásquez, Germán. Op cit. p.7

1.5.9.2.2. Consumo de medicamentos genéricos

El consumo de medicamentos genéricos ha aumentado en todo el orbe, porque el consumo y acceso a medicamentos está relacionado con el ingreso de las familias, el desempleo, el gasto público destinado a salud, y los programas de asistencia. Actualmente en muchos países dichos programas han disminuido, así como los ingresos de las familias, razones por las cuales los medicamentos genéricos han resultado accesibles. Aunado a ello, en muchos países se han llevado a cabo políticas de promoción de los medicamentos genéricos para facilitar su consumo.

Para la utilización y promoción de los medicamentos genéricos se debe de tener una legislación sobre los mismos o una política estatal que reglamente la utilización de estos medicamentos, así como la información y la disponibilidad de los medicamentos genéricos.

El consumo de los medicamentos genéricos básicamente ha aumentado en los países en desarrollo como India, Sudáfrica y Brasil que además de importar versiones genéricas han empezado a producir sus propios medicamentos, además de fomentar las exportaciones a otros países en desarrollo o menos desarrollados, incentivando la cooperación sur-sur.

Así, en la actualidad, el consumo a nivel mundial de medicamentos genéricos es del 28% a nivel mundial, lo que aunque no parezca es una cifra muy significativa, porque para las cantidades de ventas y de ingresos del sector farmacéutico, representa la pérdida del 28% del mercado y por ende de las ganancias.

Baste señalar que el consumo ha aumentado, porque la gente no percibe una diferencia entre el producto patentado y el genérico, salvo el precio, pero es importante decir, que esa visión prevalece en la gente que consume los genéricos y depende mucho de la información sobre los mismos en diversos países, porque

siguen existiendo poblaciones que desconocen los genéricos y desconfían de su efectividad y calidad.

1.5.9.3. Los medicamentos genéricos y las grandes farmacéuticas

Para las grandes farmacéuticas transnacionales el aumento en la producción y el consumo de los medicamentos genéricos ha representado un gran problema, porque además de ser una seria competencia, están minando sus ganancias y el control del mercado. El precio de los medicamentos patentados es de un 50% más elevado que el medicamentos genérico. Por esa razón, cuando va a expirar la patente de un medicamento puede tener hasta un aumento del 50% en el precio en los últimos dos años de la patente porque puede obtener pérdidas de hasta un 55% cuando la patente ha expirado¹⁷¹.

Ante esta situación, las empresas farmacéuticas desarrollan diversas estrategias como hacer más publicidad para fortalecer la marca y concentrarse en la competencia con el genérico, la entrada de los genéricos a veces no es fácil porque las marcas tienen mucho peso y son asociadas con “calidad y efectividad”. Además de que empiezan a promover los medicamentos que van a expirar en mercados nichos a un menor precio, para obtener algo de ganancia.

Otra de las estrategias que están utilizando las farmacéuticas es ampararse en las disposiciones de los Acuerdos de Propiedad Intelectual y Comercio para presionar a los países, donde comercializan sus productos, a limitar la producción y el consumo de medicamentos genéricos.

Por otra parte, las farmacéuticas están llevando a cabo acciones más fuertes para no perder el control del mercado, ni siquiera el 28%, para ello han empezado a producir sus propios medicamentos genéricos cuando sus patentes han expirado.

¹⁷¹ Gutiérrez Ríos, Diana. *Op. Cit.* p. 23

Lo interesante de esto es, que las versiones genéricas de las grandes farmacéuticas comprenden los medicamentos más suaves o de libre demanda, es decir aquellos que no necesitan ni una prescripción médica ni una receta y los medicamentos que si necesitan receta y deben de ser bajo prescripción, de esta manera abarcan las dos categorías y determinan cuando producir un genérico más “suave” que el de marca y cuando hacer el genérico como tal.

Con lo anterior, las farmacéuticas están obteniendo las ganancias que perdían con los genéricos y están incursionando en un nuevo rubro para seguir manteniendo sus ganancias. Empresas como *Merck, Bayer, Glaxo Smith-Kline*, ya tienen su línea de medicamentos y aunque se promocionan como un medio de ayudar a la gente, sólo lo hacen para no disminuir sus ingresos ni ganancias.

1.5.10. Los medicamentos genéricos y el Acuerdo de Propiedad Intelectual y de Comercio

La discusión de los posibles impactos negativos del ADPIC en los países en desarrollo dejó de llevarse a cabo en el tema de transferencia de tecnología para establecerse en el tema de salud. Dicho debate encontró origen en la proliferación y consumo de medicamentos genéricos, así como en las implicaciones que dicho acuerdo tenía en el ámbito de la salud pública, puesto que muchos países no industrializados se resistían a llevar a cabo de forma total la protección de patentes de productos farmacéuticos, porque eso ocasionaría altos precios en las medicinas, además de que muchos de ellos no disponían de los recursos para instrumentar las disposiciones del ADPIC, por eso la opción de los medicamentos genéricos fue vista por muchos de estos países como el medio para conseguir medicamentos baratos y para incentivar la industria farmacéutica nacional.

El aumento de la producción y del consumo de los medicamentos genéricos propició un debate en torno a las millonarias ganancias de las empresas

farmacéuticas de los países industrializados en detrimento del acceso a los medicamentos por parte de la población de los países en desarrollo. Puesto que los países, al enfrentar la problemática de que los medicamentos no eran asequibles para su población, comenzaron a producir y/o a comprar medicamentos genéricos, por las ventajas que representan, razón por la cual las empresas farmacéuticas han pugnado por que se respeten los ADPIC en todos los países en donde el acuerdo ya entró en vigor, es decir en todos los países en desarrollo y en los desarrollados, ya que las farmacéuticas han tomado una postura más rígida para el cumplimiento de los acuerdos, como han sido las presiones a los distintos Estados para que se limite la producción y consumo de medicamentos genéricos; lo que evidentemente ha desencadenado un juego de intereses económicos y políticos, porque a raíz de la utilización de las salvaguardias y excepciones, las farmacéuticas han presionado a sus gobiernos para que se limiten los períodos de las excepciones y las salvaguardias.

En este marco, las empresas farmacéuticas respondieron ante tal situación llevando a cabo denuncias ante la OMC y empezando paneles de solución de controversias contra países que estaban produciendo medicamentos genéricos y eran signatarios del ADPIC y estaban violando acuerdos internacionales de comercio, amparándose en las salvaguardias de emergencia nacional, la cual no existía en dichos Estados, según el argumento de las grandes transnacionales.

Hay que recordar que los medicamentos genéricos tienen origen ya sea porque las patentes originales expiraron, porque en el país, donde se produjeron no estaban protegidas las patentes al momento en que se inventó el medicamento o porque el propietario no solicitó la protección de la patente en el país.

Bajo esta lógica, la principal alteración que existe en el ADPIC con respecto a los medicamentos genéricos, es que existe la obligatoriedad para que en todos los países miembros de la OMC se proteja la patente de los medicamentos y procesos farmacéuticos por un período mínimo de 20 años, lo que implica que en

ese lapso, la competencia genérica de los medicamentos producidos a partir de 1995 en todos los países miembros no será posible. Precisamente por la protección de las patentes. Así la disponibilidad de versiones genéricas de nuevos medicamentos y tratamientos farmacéuticos no podrá ser utilizada y la gente forzosamente tendrá que comprar las versiones patentadas o de marca, lo que está restringiendo el acceso a los medicamentos, porque se elevarán notablemente precios.

Cabe señalar que una patente acaba corrigiendo una falla en el mercado, como lo es la piratería, pero acaba creando otra, como es la concesión del poder de monopolio a su detentador, en especial en el caso de los medicamentos que se supone “son un bien común y un derecho universal”, en este sentido el ADPIC restringe la imitación y “promueve la innovación y el desarrollo tecnológico”, pero al “posibilitar la apropiación privada de los beneficios económicos de nuevos conocimientos puede impedir el progreso tecnológico y dificultar que la sociedad se beneficie de nuevos inventos”¹⁷². Es cierto, que el incentivo a la innovación tecnológica propicia el crecimiento económico y es indispensable para el desarrollo y el bienestar social de las naciones, pero esto no debe de atentar contra el interés público.

Así, el enorme reto que tienen los países es buscar la manera de mantener el crecimiento de invenciones tecnológicas que ayuden al crecimiento y desarrollo, garantizando la protección a los derechos de propiedad intelectual así como proteger el interés público de sus poblaciones, aspecto que no se está cumpliendo en el ADPIC en el caso de las medicinas.

En este contexto, el ADPIC considera a los medicamentos genéricos como mecanismos que permiten la piratería y violan los derechos de propiedad intelectual, que pueden ser comercializados en el mercado interno y en el mercado

¹⁷² Lima Rêgo, Eba Cristina. *Op. Cit.* p. 52

internacional y que atentan contra el desarrollo, la investigación y la innovación tecnológica en el aspecto, medico-farmacéutico.

La OMC “para ser justa“y lograr que los Estados y en especial los países en desarrollo y menos desarrollados puedan conciliar la protección de los Derechos de Propiedad Intelectual y la protección del interés público de las poblaciones de estas naciones, estableció en el artículo 6 del ADPIC que se permita a los Estados adoptar salvaguardias para no atentar contra la salud en situaciones de emergencia o seguridad nacionales y adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública; por medio de la Declaración de Doha se logró incorporar un enunciado que refería que la protección a la Propiedad Intelectual no debería de estar por encima de las necesidades en materia de salud de los países postergados y de los más pobres, confiriendo al Estado la decisión de llevar a cabo acciones y de utilizar las salvaguardias que considerara pertinentes para el acceso para toda su población a condiciones óptimas de salud y a medicamentos.

En este sentido, se llevaron a cabo algunas modificaciones del ADPIC para que los países en desarrollo pudieran producir e importar medicamentos genéricos, puesto que el ADPIC “permite que los productores de genéricos soliciten el registro de los medicamentos antes de que expire la patente, para que la producción de genéricos pueda comenzar, cuando esto ocurra, el ADPIC también establece que la información relativa al nombre del productor de genéricos y los medicamentos genéricos que se van a producir deben de ser públicas”¹⁷³. De igual manera la OMC ha determinado una serie de requisitos y condiciones para la importación, exportación y producción de medicamentos genéricos. Lo anterior no resulta fácil puesto que a falta de cualquier requisito la petición para la producción de medicamentos genéricos es denegada y cualquier incumplimiento es meritorio de una fuerte sanción comercial.

¹⁷³ *Ibidem* p. 59

Las principales salvaguardias de salud pública comprenden diversas excepciones que tienen una implicación directa en los medicamentos genéricos, ya que las licencias obligatorias, la excepción tipo Bolar, las relativas a la experimentación e investigación y la extinción de derechos nacionales, regionales e internacionales son el único marco dentro ADPIC para la producción, utilización y exportación e importación de los medicamentos genéricos, siempre y cuando dichas excepciones sean parte de las legislaciones sobre patentes de los países que pretendan utilizarlas.

La excepción tipo Bolar permite que las empresas de medicamentos genéricos soliciten a las autoridades correspondientes que autoricen la comercialización de un medicamento antes de que expire la patente, para colocar el producto en el mercado el mismo día que esto ocurra, o que puedan introducir al mercado productos substitutivos del patentado con el objeto de favorecer el acceso al público a productos más baratos.

Por otra parte, la excepción relativa a la experimentación e investigación determina que se pueden llevar a cabo las investigaciones y experimentaciones necesarias para conocer los procesos de producción de ese medicamento en lo referente a activos y sustancias químicas durante la vigencia de la patente, para convertirlo en un medicamento genérico cuando ésta termine.

El principio internacional, regional y nacional de agotamiento de los derechos de propiedad intelectual considera que en el caso de los medicamentos genéricos podrá utilizarse bajo la utilización de ciertos mecanismos como la existencia de importadores que soliciten permiso y que tengan los medicamentos que se requieren, para lo cual los países pueden comprar las medicinas al precio más barato, el principio regional hace referencia a que si en un país que sea parte de algún proceso regional se han agotado las patentes de uno o varios fármacos, los demás países miembro de ese proceso pueden importar los medicamentos o se puede extinguir la patente en los demás Estados y la nacional específica que se

pueden producir genéricos cuando expiren las patentes de las medicinas en ese país o se pueden agotar sólo en casos de emergencia nacional relativa a la salud.

El ADPIC especifica que en caso de emergencia nacional , seguridad nacional y cuestiones de salud se podrán utilizar las licencias obligatorias, que son mecanismos que admiten que se puedan pasar por “alto las patentes y permiten que los fabricantes de medicamentos genéricos produzcan versiones más baratas de las drogas patentadas”¹⁷⁴.

El artículo 31 párrafo f del ADPIC determina “que los países que tienen poca o ninguna capacidad para la fabricación interna de productos farmacéuticos tienen un gran problema porque no cuentan con fabricantes de genéricos en su territorio, así una de las opciones que los Estados tienen es otorgar a los fabricantes de genéricos externos una licencia obligatoria para poder importar los medicamentos que precisan”¹⁷⁵, En el caso de los países en desarrollo que tienen capacidad para producir y exportar versiones genéricas el acuerdo exige la producción de medicamentos genéricos bajo licencia obligatoria sea primordialmente para el mercado interno, lo que implica que sólo se puede exportar la parte que no sea utilizada para el abastecimiento del mercado interno, lo que tiene repercusiones en lo que respecta al mercado que importa los medicamentos, puesto que dichas cantidades pueden resultar insuficientes para cubrir las necesidades de la población del país o países importadores.

Lo anterior, significaba un problema y atentaba contra el acceso a medicamentos y la salud, así como a las políticas sanitarias de los Estados. Por esa razón en la Declaración de Doha se trató de resolver dicha situación.

¹⁷⁴ Oh, Cecilia. “El nuevo acuerdo sobre TRIPS y medicamentos.¿qué significa en cuanto a acceso a medicamentos”? en *Third World Network*. 18 de septiembre de 2003. Consultado en www.thirdworldnetwork.com. El 24 de noviembre de 2004. p. 2

¹⁷⁵ *Idem*

Uno de los grandes logros de la Declaración de Doha fue que en el párrafo 6 se exhortó a los miembros de la OMC a encontrar una solución expeditiva ante el problema enunciado y para una correcta utilización de las licencias obligatorias. Dicha situación no se resolvió cuando terminó la Reunión Ministerial de Doha en noviembre de 2001, para lo cual se determinó que se extendiera el plazo para buscar acciones concretas para la utilización de las licencias obligatorias. Razón por la cual el 16 de diciembre de 2002 “el presidente del Consejo sobre el acuerdo de los ADPIC presentó un texto que contenía una propuesta de solución, la cual fue aceptada como compromiso por todos los países excepto por Estados Unidos, lo que repercutió en que no fuera aceptada”¹⁷⁶ por no convenir a los intereses de las farmacéuticas de ese país.

Así se aplazaron los tiempos, se estancó el proceso y se postergó la negociación para la resolución del párrafo 6 hasta que el 30 de agosto de 2003 en Ginebra, Suiza, los miembros de la OMC adoptaron finalmente una resolución para que se pudieran utilizar de “manera efectiva” las licencias obligatorias.

La solución que se aprobó y que actualmente constituye el marco para la aplicación de las licencias obligatorias consiste en suprimir la limitación de las “exportaciones, lo que automáticamente anula la exigencia de que los productos genéricos fabricados bajo licencia obligatoria sean sobre todo para abastecer el mercado interno, lo que significa que la mayor parte, incluso la totalidad de la producción bajo licencia obligatoria se puede exportar a un país que desee importar”¹⁷⁷ enarbolando la buena fe para proteger la salud pública y no para fines comerciales.

El objetivo de la decisión es permitir que los países que deseen importar medicamentos genéricos puedan hacerlo. El funcionamiento estriba en que “cuando haya una patente vigente en el país importador para el medicamento en

¹⁷⁶ *Idem*

¹⁷⁷ *Ibidem.* p. 3

cuestión , el gobierno de ese país deberá otorgar una licencia obligatoria a fin de importar la versión genérica del medicamento patentado”¹⁷⁸.

En el país exportador también será relevante la situación del medicamento, ya que si existiera alguna patente vigente, el fabricante del genérico tendrá que conseguir una licencia obligatoria para fabricar y exportar el medicamento. “En los países menos adelantados, en donde no están obligados a otorgar patentes hasta el año 2016, no es necesario otorgar una licencia obligatoria. Salvo en el caso de que el país desarrollado o en desarrollo que desee exportar medicamentos genéricos a estos países tendrá que solicitar una licencia obligatoria. Es importante decir, que India no tuvo necesidad de utilizar las licencias obligatorias hasta este año, que entró en vigor en ese país el ADPIC”¹⁷⁹, así India logro exportar muchos medicamentos genéricos a algunos países en desarrollo y menos desarrollados.

Por lo anterior, era importante encontrar una solución antes del 2005, fecha en que entró en vigor el ADPIC en todos los países en desarrollo, quienes forzosamente utilizarían licencias obligatorias para importar y exportar genéricos.

En esta resolución también se enuncia que los miembros de la OMC tienen derecho a decidir cuándo otorgar las licencias obligatorias, lo que anula la disposición de que solo se apliquen en caso de seguridad nacional y se atente contra la salud.

La resolución se enmarca como un avance que propicia el acceso a los medicamentos y la posibilidad de contar con versiones genéricas asequibles, pero la realidad es que dicha resolución está llena de obstáculos y candados para que los Estados puedan lograr este fin.

¹⁷⁸Los ADPIC y la salud pública. Resolución referente al párrafo 6 de la declaración de Doha sobre licencias obligatorias, en Organización Mundial de Comercio. 30 de agosto de 2003, Ginebra, Suiza. Consultado en www.wto.org el 26 de abril de 2004.

¹⁷⁹ Oh, Cecilia. *Op. Cit.* p. 3

Algunas de las exigencias añadidas en el artículo 31 para importar genéricos y que son claramente obstáculos para su consumo son:

- “Que el pedido de una licencia obligatoria sea precedido de un pedido frustrado de licencia voluntaria con el ofrecimiento de pago de la compensación correspondiente al dueño de la patente.
- Cuando un país en desarrollo desee importar medicamentos genéricos (y los mismos están patentados en su territorio debe de realizar los siguientes pasos: notificar a la OMC de su intención de recurrir a la resolución como importador (los países menos adelantados no tienen la obligación de notificar), dar a conocer los nombres de los productos necesarios que se desean importar, comprobar que su capacidad de producir dicho medicamento es insuficiente o inexistente, anunciar su intención de otorgar una o varias licencias obligatorias.
- Los países tanto importadores como exportadores deben de tomar medidas contra el desvío comercial.
- Todos los países importadores tendrán que tomar medidas a su alcance para impedir la reexportación de una forma proporcional a sus capacidades administrativas y al riesgo de desvío comercial”¹⁸⁰.

Las exigencias para producir y exportar medicamentos genéricos son:

- El País importador tendrá que localizar a un fabricante de genéricos deseoso y capaz de suministrar los medicamentos requeridos.
- Sólo podrá solicitar el país exportador la licencia obligatoria si el medicamento está patentado en su país.
- Se debe de informar a la OMC acerca de las intenciones de exportar, así como una solicitud con el nombre y dirección del fabricante de genéricos, el producto, los países importadores y la duración de la licencia.
- “La licencia obligatoria debe estar sujeta a las siguientes condiciones: sólo se debe aplicar a la cantidad requerida por el país importador y debe exportarse en su totalidad al país importador, los fármacos producidos bajo

¹⁸⁰ *Ibidem* p.4

licencia obligatoria deben de estar claramente identificados con una etiqueta o con una marca, envase o color especial, el fabricante de genéricos tiene la obligación antes de efectuar la exportación de colocar en una página de internet la información sobre las cantidades suministradas a cada país importador y las marcas o elementos distintivos del producto.”¹⁸¹

“En teoría, cualquier país puede otorgar una licencia obligatoria para que sus fabricantes de genéricos produzcan y exporten al país importador. Pero suele ocurrir que algún gobierno como Estados Unidos, Canadá o un país de la Unión Europea, no otorgue licencias obligatorias a sus fabricantes de medicamentos genéricos, por la coerción que ejercen grupos de presión de sus industrias farmacéuticas”¹⁸².

Todos estos elementos obstaculizan o disuaden el consumo y la utilización de medicamentos genéricos, esto especialmente recae en los países exportadores y en los países en desarrollo productores de medicamentos genéricos. Lo anterior muestra un gran temor por parte de estos países para poder llevar a cabo las exportaciones bajo el marco de las licencias obligatorias, razón por la cual un productor de medicamentos genéricos tiene que estar convencido para solicitar una licencia obligatoria “sobre todo porque tienen que cumplir con el requisito de haber fracasado en las negociaciones para obtener una patente voluntaria o un plazo para utilizar con el detentador de la patente y pagar la compensación requerida”¹⁸³.

El gran inconveniente de dicha “solución al párrafo 6” es que resulta muy restrictiva porque se tienen que cumplir con tantos requisitos que muchos países, incluidos los fabricantes de genéricos antes de empezar su producción queda sujeto a las condiciones anteriormente mencionadas.

¹⁸¹ *Ibidem.* p. 5

¹⁸² *Idem*

¹⁸³ *Idem*

Otro aspecto que limita el consumo de medicamentos genéricos en la resolución es que se tienen que cumplir con todos los requisitos para cada “tanda de medicamentos” y para cada país, es decir si se requiere importar 20 medicamentos se tendrá que hacer el proceso 20 veces confiando en que existan 20 producciones con las características específicas que establece la resolución y que deben requerir los países importadores, lo cual es un gran problema, porque de esta manera se estará apelando a que existan las condiciones idóneas para la importación y el consumo de medicamentos genéricos. Lo que definitivamente no representa una solución sino un gran candado mostrado por la OMC como una “opción viable” para el acceso a versiones genéricas.

Aunado a ello, “la solución del párrafo 6” señala que deben existir medidas de prevención de desvíos de genéricos para lo que se exige que cada lote de medicamentos sea fabricado en diferentes formas o colores aspecto “que implica que se limite la producción de medicamentos genéricos o que estas condiciones tengan impacto en el precio del producto y por ende repercutirá en el acceso.

Todo esto resulta desalentador en muchos casos para que los países utilicen dicha solución. Lo curioso de la resolución es que sigue admitiendo que se puede exportar la cantidad de productos que no se utilicen para el abastecimiento del mercado interno como se contemplaba antes de la resolución. “Ante esto se puede solicitar una licencia obligatoria para remediar prácticas anticompetitivas y con esto exportar el 100% de la producción sin tener que cumplir con todas las condiciones para la exportación anteriormente descritas,”¹⁸⁴ para lo cual sería interesante que los países en desarrollo exploraran esta posibilidad para no restringir el consumo de medicamentos genéricos.

Así en el marco descrito con antelación, la resolución del párrafo 6 no constituye una solución al problema del acceso a medicamentos genéricos, pues únicamente se enuncia como un gran logro que a simple vista representa una alternativa pero

¹⁸⁴ *Ibidem* p. 7

que en realidad está coartada y constreñida por obstáculos y bloqueos que siguen beneficiando y protegiendo los intereses de las grandes farmacéuticas, pues es muy claro que por esta razón acepta y aprueba la resolución Estados Unidos y se logra resolver la controversia relativa a las licencias obligatorias. Por este motivo, los países deberían tomar medidas inminentes para adaptar su legislación nacional de patentes a fin de poder hacer pleno uso de las flexibilidades del ADPIC y garantizar a sus poblaciones medicamentos genéricos o fármacos asequibles.

1.5.11. La controversia en torno a los medicamentos genéricos y la Propiedad intelectual.

El gran debate estriba en que como se mencionó anteriormente los medicamentos genéricos han significado la solución para disminuir las enfermedades en muchos países y para salvarles la vida a millones de personas, así como para garantizarles acceso a medicamentos asequibles y a mejores condiciones de salud. Pero también ha puesto en riesgo el monopolio de las grandes farmacéuticas y su presencia en el mercado. Cabe señalar que el debate ha establecido que la producción y consumo de los medicamentos genéricos no deberían de ser limitados ni restringidos por el ADPIC, que a pesar de la declaración de Doha y todo lo referente a la resolución del párrafo 6 sigue siendo muy restrictivo y perjudicial para los países en desarrollo y menos desarrollados en lo que se refiere a las cuestiones de salud.

Ante lo cual muchas organizaciones no gubernamentales como Médicos sin Fronteras y la agencia de Oxford para Combatir el Hambre (OXFAM por sus siglas en inglés), además de la sociedad civil y la OMS han recomendado que la solución podría ser que los medicamentos estuvieran exentos del ADPIC (situación que considero no será posible), para que así los medicamentos genéricos entren a una “competencia limpia” con los medicamentos de marca y esto contribuya a que las grandes farmacéuticas bajen los precios de sus productos ayudando a mejorar el acceso de los medicamentos en todo el mundo y

haciendo que los medicamentos genéricos también bajen sus costos para que un mayor número de personas pueda adquirir los medicamentos y se acaben las muertes por enfermedades que pueden ser curadas por distintos fármacos. Esta situación sino completamente sí en parte, resolvería el problema del acceso a medicinas que actualmente representa un gran reto para los países en desarrollo, especialmente para los más débiles o con menores recurso. Lamentablemente, no creo que esta propuesta prolifere ni se logre, porque existen muchos intereses y grandes cantidades de dinero en juego, que los oligopolios farmacéuticos no van a dejar, porque además controlan otros sectores, sin mencionar que además de las farmacéuticas existen más transnacionales en distintos sectores que protegen sus intereses a través del ADPIC. Tan sólo hay que recordar el inmenso poder que tienen y que el ADPIC es consecuencia de sus deseos de proteger sus intereses en todo el orbe.

1.5.12. La situación de los medicamentos genéricos en los países en desarrollo

En varios países en desarrollo se han llevado a cabo acciones para producir medicamentos o para importarlos. Países como India han tenido un enorme éxito en la producción de medicamentos genéricos y los han acuñado como políticas de salud pública para mejorar y garantizar el acceso a los medicamentos. Incluso en éste caso, India ha logrado mantener un mercado de genéricos muy fuerte y consolidado, que además de abastecer a toda la población produce para poder exportar a otros países que están en condiciones terribles de pobreza o tienen el un gran aumento de casos de SIDA, para lo cual la habilidad de llevar a cabo las políticas de protección a las patentes hasta 2005, repercutió en que pudieran llevar a cabo exportaciones sin la necesidad de adherirse a las condiciones que establece el ADPIC y que por ese medio pudieran incentivar la cooperación sur-sur, especialmente en los países en donde más se necesitan los medicamentos como son los países africanos.

2. El caso de Brasil en torno a los medicamentos genéricos y las implicaciones del Acuerdos de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC)

La entrada en vigor del ADPIC en los países en desarrollo ha representado importantes cambios no sólo para éstos sino que para todo el orbe, por las diversas consecuencias que están teniendo lugar, una de ellas ubicada como se vio anteriormente en el contexto del acceso a los medicamentos y la salud. Las diversas modificaciones para la ley de patentes que los Estados han llevado a cabo constituye un instrumento para proteger a la población de las implicaciones que el Acuerdo tiene en materia de fármacos, empero también constituye el medio por el cual los países que no incorporen excepciones o instrumentos legales para garantizar acceso a medicamentos a sus poblaciones serán vulnerables ante las consecuencias sociales de gran envergadura que esto tendrá.

En este sentido, países como Brasil representan una referencia indispensable para entender las implicaciones que el ADPIC tiene y cómo este país ha enfrentado el problema de la crisis de los medicamentos, la pobreza, la protección de las patentes de los fármacos y el aumento de las enfermedades. Así el siguiente capítulo refiere y analiza la situación que prevalece en Brasil en torno al ADPIC y los medicamentos genéricos.

2.1. Generalidades

Brasil tiene hoy más de 176 millones¹⁸⁵ de habitantes en sus 8,511,996 kilómetros cuadrados de extensión territorial, del cual el setenta por ciento es área urbana. Es el quinto país a nivel mundial por su extensión territorial. Su estructura geo-político-administrativa es una república federativa, formada por veintisiete estados y el Distrito Federal. Las principales ciudades son Brasilia, Rio de Janeiro, Sao Paulo, Curitiba, Salvador Bahía, Belo Horizonte y Porto Alegre.

¹⁸⁵ Índice de Desarrollo Humano 2004, *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*, ONU, Nueva York, 2004 p.153.

Los más poblados son: São Paulo con treinta y cinco millones de habitantes, Minas Gerais con diecisiete millones de habitantes, Río de Janeiro con catorce millones de habitantes y Brasilia, la capital que tiene dos millones de habitantes. Del Total de la población el 81.4% es urbana, el 28.6% es menor de quince años, el 5.4% mayor de sesenta y cinco años y el sesenta y seis 6.3% oscila entre los 15 y 65 años¹⁸⁶.

La esperanza media de vida al nacer es de 68 años, el ingreso *per capita* fue en el 2002 de 7,770 dólares. En Brasil, la pobreza es uno de los grandes problemas de la población, ya que según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el 2002, el treinta por ciento de la población vivía en la pobreza extrema, además de que el 18% vivía en condiciones de pobreza.¹⁸⁷

Brasil tiene uno de los índices de pobreza más altos del continente americano y también es uno de los países más grandes de la región tanto poblacional como territorialmente. Ante tal cuestión cabe señalar que es una de las economías más importantes en América y uno de los países con mayor presencia en la región y en el mundo.

2.2. Reformas estructurales

Desde mediados de la década de los años 80, las secuelas de la crisis de la deuda externa dejaron estragos en las economías de América Latina. Razón por la cual estos países empezaron “un proceso acelerado de liberalización e internacionalización de sus economías en consonancia con el denominado Consenso de Washington”¹⁸⁸ el cual se llevó a cabo a través de una serie de reformas que “tenían como objetivo estructurar las economías para que fueran más eficaces y tuvieran mayor crecimiento”. Las reformas estructurales comprendían cambios para la liberalización financiera, la flexibilización laboral, la

¹⁸⁶ *Idem*

¹⁸⁷ *Ibidem*. p. 147.

¹⁸⁸ Correa, Rafael. “Reformas estructurales y crecimiento en América Latina: un análisis de sensibilidad” en *Revista de la CEPAL* N° 76, Abril de 2002. Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, 2002. p.90.

liberalización comercial, la creación de una reforma tributaria y la privatización de las empresas.

Con lo que respecta a la liberalización financiera cabe decir que contemplaba la libertad de tasas de interés de depósitos, la libertad de la tasa de interés de los créditos, así como la calidad de la supervivencia bancaria y financiera. La flexibilización laboral se refería a que las condiciones de trabajo como la contratación, los costos de despido al año, el pago de horas extras y las contribuciones de seguridad social se flexibilizaron mucho, minando las ventajas para los trabajadores y aumentándolas para los empleadores. En el caso de la liberalización comercial la situación no fue distinta, ya que establecía dispersión arancelaria y aranceles promedio; en lo referente a la reforma tributaria determinaba que se deberían de reformar los impuestos, colocando tributaciones a productos específicos para que se pudieran obtener beneficios , y “finalmente la privatización de las empresas ponía especial énfasis en que todas las empresas de los países especialmente las estatales deberían de estar privatizadas porque eso implicaría una mejor administración y un mayor rendimiento”¹⁸⁹.

Cabe señalar que estas reformas estructurales llevadas a cabo por los países latinoamericanos han implicado profundos cambios “en la estructura y el comportamiento del aparato productivo y económico de los países de la región”¹⁹⁰. La reformas estructurales cambiaron la situación económica y social que prevalecía en estos países, porque empezaron a “abaratarse el costo de los bienes de capital importado, se privatizaron importantes servicios como el transporte, las telecomunicaciones y las industrias nacionales, de igual manera, diversos sectores se privatizaron y eso incentivó que llegaran grandes empresas de capital extranjero”¹⁹¹ a las cuales, las poblaciones de estos países sólo les

¹⁸⁹ *Idem*

¹⁹⁰ Katz, Jorge. *Pasado y presente del comportamiento tecnológico de América Latina*. Serie desarrollo productivo de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, julio de 2000. p.7

¹⁹¹ *Idem*

manufacturaban como ha sido el caso del sector farmacéutico en muchos países de la región. Así las plantas industriales empezaron a reorganizarse en torno a las disposiciones de los tiempos de la mundialización económica.

En el caso de Brasil las reformas estructurales han tenido serias repercusiones puesto que incentivó las crisis económicas, estancó el crecimiento, aumento las condiciones de pobreza y minó en general las condiciones sociales de la población, pero también es justo decir que incentivó procesos productivos en sectores como los servicios especializados en el procesamiento de recursos naturales, de mercancías industriales como celulosa y papel, hierro y aluminio.

Otro aspecto de las reformas estructurales en Brasil puede verse en la llegada de empresas transnacionales que absorbieron o destruyeron pequeñas y medianas empresas nacionales atentando así con la productividad del país en diversos sectores.

Una de las reformas que es parte esencial de las recomendaciones del Consenso de Washington es la disminución del Estado de bienestar, lo que comprende la reducción o eliminación de servicios de asistencia social gratuita como son los servicios de salud, los cuales en Brasil no lograron ser disminuidos, porque “la población presionó al gobierno para que se siguieran otorgando servicios sanitarios gratuitos y a pesar de los postulados del FMI se reconociera la salud como un derecho universal y una obligación del Estado”¹⁹², por ésta razón han podido mantener un sistema de salud gratuito y otorgar medicamentos gratuitos a los enfermos de SIDA.

¹⁹² Pascual Ortells. “Brasil :un modelo ante la crisis del SIDA”, *Informe de políticas públicas*, Programa de las Américas (Silver City, NM: Interhemispheric Resource Center, abril de 2003). Consultado en www.americaspolicy.org/reports/2003/sp_0304sida.html. p. 1

Así, vemos que las reformas estructurales condicionaron la realidad económica y social que vive la nación brasileña en la actualidad, la cual puede verse de manera específica en las condiciones de pobreza que sufre una gran parte de la población de este país.

2.3. Las condiciones de pobreza en Brasil

En Brasil, la pobreza es una terrible realidad que amenaza de forma constante a la población. El 48% de la totalidad de la población sufre este problema sea de forma más intensa o menores dificultades, pero la cuestión es que representa uno de los grandes retos para el gobierno brasileño, porque la pobreza limita la obtención de muchos satisfactores para tener un desarrollo humano integral.

La pobreza en Brasil a diferencia de las grandes ciudades no concentra a la población en situación de pobreza o pobreza externa en la capital sino que además de tener una presencia significativa en la misma está localizada en zonas rurales y en las grandes ciudades como Rio de Janeiro o Sao Paulo.

El problema de la pobreza en Brasil es tan terrible que existen grandes ciudades perdidas o barrios bajos denominadas favelas en donde se concentra la población más pobre y con más carencia, lo que repercute en que fenómenos como la delincuencia organizada, la prostitución y la drogadicción, aspectos que evitan la educación y el bienestar social en general. De igual manera, el gran número de invasiones y vecindades revelan el terrible problema que representa la pobreza.

Una de las razones por las que la pobreza crece con gran rapidez en Brasil, es que existe un rápido crecimiento poblacional junto con un lento y en ocasiones bajo crecimiento económico, aunado a ello, en Brasil existen grandes problemas

con respecto a la distribución de la riqueza, ya que existe una polarización muy marcada y una gran marginación.

Pues existe gente que vive con lujos extremos y tiene un alto poder adquisitivo y de consumo, al igual que existe gente que no tiene cubiertas las necesidades básicas como la alimentación, el agua potable, una vivienda, luz y mucho menos a condiciones óptimas de saneamiento ni de salud, ni mucho menos seguros médicos, asistencias sanitarias o acceso a medicamentos.

2.4. Las condiciones de salud en Brasil

Los servicios de salud son uno de los aspectos más importantes para lograr un bienestar social y así tener un nivel de vida satisfactorio, ya que sin la salud no es posible el desarrollo y subsistencia de la población, empero para lograrlo se necesitan servicios satisfactorios de salubridad para lo cual es indispensable contar con diversos elementos como son: la inversión en infraestructura, un número considerable de médicos y enfermeras que abastezcan las necesidades de la población, políticas sanitarias adecuadas, un sistema sanitario eficiente que le garantice a la gente consultas médicas, acceso a medicamentos y una eficaz medicina preventiva. Para lograr todo lo anterior es de vital importancia contar con recursos económicos sustanciales que puedan significar la diferencia entre la vida y la muerte de la población. Así como destinar un porcentaje importante del Gasto Público a los servicios de salud.

El acceso a medicamentos representa uno de los principales retos de los sistemas de salud, en especial en los países en desarrollo, en donde se concentra el 75% de la población mundial, de la cual solo el 25% tiene acceso a medicinas¹⁹³. En la mayoría de estos países se enfrentan serios problemas para contar con cantidades suficientes de medicamentos en buena calidad, “en

¹⁹³ Ver anuario sobre salud 2002/2003 de la OMS.

presentaciones adecuadas y al menor costo posible”¹⁹⁴, lo que deriva en enormes desafíos para poder atender a todas las personas y para evitar la proliferación de enfermedades contagiosas que persisten como “la principal causa de mortalidad en el mundo, puesto que cada año 14 millones de seres humanos pierden la vida por esta causa y esa cifra representan más de la cuarta parte”¹⁹⁵ de decesos en el orbe.

La salud es un aspecto vital para la supervivencia, la reproducción de la especie y para el desarrollo tanto de las personas como de los Estados, por tal razón es imperante hacer reformas y crear las condiciones idóneas para que los países puedan tener mejores sistemas de salud y puedan proporcionarle a su población acceso a medicamentos, consultas preventivas y diagnósticos eficientes que puedan salvarles y prolongarles la vida.

Cabe señalar, que la salud está estrechamente vinculada con elementos como el acceso a agua potable, una alimentación adecuada, sanidad en la vivienda y el tipo de trabajo que se desempeña, lamentablemente para tener todos estos satisfactores, la capacidad económica es un factor necesario, aspecto por el cual la mayoría de las enfermedades contagiosas están presentes en la población con menos recursos económicos y que cuenta con niveles de vida muy precarios. Así existe una relación directa entre las enfermedades infecciosas y los estratos sociales porque carecen de los servicios básicos como agua potable, drenaje, sanidad y una buena alimentación, lo que los hace más vulnerables, sin embargo para todas esas enfermedades hay medicamentos, tratamientos y vacunas que pueden salvarles la vida, pero paradójicamente esto no sirve de mucho, ya que

¹⁹⁴ Leyva-Flores Rene, Erviti-Erice J, Escobar Kageyama, ML. “Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México” en *Revista de Salud Pública de México*, México, 1998, número 40. Núm.1, 1998. p.1

¹⁹⁵Boulet Pascale y Cohen Rachel. “La crisis del acceso a medicamentos y los acuerdos en materia de propiedad intelectual de la Ronda de Uruguay: los pacientes frente a las ganancias” en Rosas María Cristina. Coord.. *La OMC y la Ronda de Doha :¿proteccionismo vs desarrollo?.*UNAM- FCPYS. México, 2003 p.423

no tienen acceso a las medicinas esenciales, porque son muy caras y no tienen los recursos económicos suficientes para pagarlas.

En Brasil, las condiciones de salud se ven afectadas en gran medida por el tamaño de la población, los niveles de pobreza y por la complejidad del territorio, razones por las cuales, los recursos en muchas ocasiones no son suficientes para las altas demandas sociales, aunado a ello en el año 2000, Brasil mostró un aumento significativo en el número de personas contagiadas de SIDA, lo cual ha dificultado aún más la cobertura de servicios médicos para toda la población.

Lo anterior ha denunciado la urgencia de un sistema de salud eficiente y accesible para toda la comunidad que enfrenta serias dificultades por el aumento de enfermedades, los niveles de pobreza y la elevación de los costos de las medicinas. Porque aunque la creación de medidas regulatorias ha ayudado no ha llegado a las personas con escasos recursos que no pueden ni asistir a una consulta médica y mucho menos comprar los fármacos recetados.

Por tal razón en 2001 y en 2002 Brasil destinó el 3.2% del Producto interno Bruto (PIB) al gasto público en salud¹⁹⁶ y el cuatro por ciento en gasto privado en salud, es decir el 7.2% en servicios de salubridad, con esta medida se pensó que se elevaría el número de médicos y de servicios y aunque esto significó un avance; en el 2002 había doscientos seis médico por cada cien mil habitantes¹⁹⁷, cifra muy baja, que dificulta la atención médica a la mayoría de la población.

Por otra parte, en el 2003 el gobierno brasileño informó algunos datos significativos que muestran el panorama general de salud que impera en el país, esos datos son: que sólo el 49% de la población tenía acceso a medicamentos esenciales y que el 76% de la población tiene acceso a servicios de salud; otro aspecto importante es el acceso a agua potable, ya que muchas de las

¹⁹⁶ *Ibidem* p. 157

¹⁹⁷ *Idem*

enfermedades como el cólera y la difteria se dan por no contar con éste recurso ni con condiciones salubres idóneas, en el caso de Brasil en el año 2000, el 87% del total de la población tuvo y sigue teniendo en la actualidad acceso a agua potable.

Brasil enfrenta serias problemáticas respecto a las enfermedades, ya que en los últimos años el SIDA ha sido declarado como una enfermedad que amenaza la seguridad nacional del país por el alto número de personas contagiadas y por el mínimo acceso que estas personas tienen a los medicamentos y retrovirales, así como a servicios médicos adecuados, empero el caso de SIDA no es el único, ya que enfermedades como la tuberculosis o el paludismo están presentes en la población. En el caso del paludismo, según el Programa de las Naciones Unidas, en el 2002 se registraron 344 casos por cada cien mil personas, lo que representa que el 3.4 % de cien mil personas están contagiadas de paludismo, en el caso de la tuberculosis noventa y cuatro de cada cien personas padecen tuberculosis lo que representa el casi el 94% de esa cifra y el hecho de que la tuberculosis en el año 2002 representó una de las mayores enfermedades que había que combatir y que actualmente significa un reto para los servicios de salud brasileños.

De manera general, el ciudadano brasileño tiene hoy una esperanza de vida alrededor de sesenta y ocho años y la cifra de mortalidad infantil en el 2002 fue de 3%, es decir que de cada mil niños que nacen mueren 30.

Uno de los elementos que hay que destacar es que en Brasil, al igual que en México se asigna un presupuesto a cada estado, el cual administra los recursos del estado y asigna montos económicos para las necesidades de cada lugar, hay que resaltar que en la mayoría de los estados la salud es una cuestión de gran preeminencia como lo es a nivel nacional.

Un claro ejemplo es el estado de São Paulo, en donde se designa más del siete por ciento del presupuesto estatal a la salud, la tasa de cobertura de atención médica alcanza más del setenta por ciento.

Las principales causas de muerte en Brasil son las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias¹⁹⁸ y las enfermedades respiratorias, empero el SIDA sigue representando un número significativo de muertes, al igual que la tuberculosis, el cólera y el paludismo.

Hay que señalar que aunque se han dado grandes avances en el terreno de la salud en Brasil, eso no ha solucionado el terrible problema de la pobreza ni del acceso a medicamentos para la gente que tiene menos recursos en el país.

En la actualidad, hay que señalar que Brasil tiene el reto de garantizarle a su población acceso a medicamentos básicos y que los niveles de pobreza, la presión de las transnacionales, las políticas neoliberales y el SIDA están dificultando enormemente las acciones para superar ese reto.

La situación anterior, lamentablemente no es exclusiva de Brasil, impera en todo el mundo, en especial en los países en desarrollo y menos desarrollados donde las políticas sociales y el estado de bienestar ha sido disminuido notablemente.

El caso de América latina es significativo en éste ámbito, ya que se ha dado un aumento de enfermedades como la malaria, la cual pasó de 526,777 casos en 1980 a 1,013,275 en 1999.

Además, en América Latina el 20% de la población mas rica se apropia del 52.4% del ingreso de la región, mientras que el 20% mas pobre recibe el 4.5% del ingreso, lo que representa la mayor brecha de inequidad del planeta. Mientras que algunos países de América Latina y el Caribe se ubican con un porcentaje menor al 10% de población por debajo de la línea de pobreza, 15 países lo hacen

¹⁹⁸ Enfermedades cancerígenas o tumores.

por encima del 35%. Lo anterior se agudiza frente a la relación evidenciable entre gasto en medicamentos y equidad.

En Brasil, las causas de mortalidad están muy vinculadas a la falta de acceso a medicamentos, condiciones salubres y los niveles óptimos de vida de toda la población.

Existen serias deficiencias de la asistencia sanitaria en el país debido a los enormes contrastes de la distribución de la riqueza. La falta de recursos médicos, vinculada a las malas condiciones de saneamiento, higiene y nutrición en las regiones más pobres, también ha permitido la proliferación de enfermedades erradicadas o controladas. Un claro ejemplo es que el mayor número de enfermedades parasitarias en el 2000 se ubicó en la región del sur y en la del Centro-Oeste, que son dos zonas en las que se concentra el mayor número de comunidades pobres.

Por lo que se refiere a otras enfermedades, el Ministerio de Salud señala que los casos de dengue han aumentado de forma significativa en el país, pasando de 56,618 en 1994 a 120,480 en octubre de 1995 y de 1995 a 2004 han seguido aumentando los casos de dengue.

Otra de las grandes preocupaciones de las autoridades sanitarias es el SIDA, del que se registraron 103,262 casos entre 1980 y febrero de 1997, de los que el 74% se encontraba en la región Sudeste. En todo el período y en el conjunto del país la incidencia media acumulada por cada 100 habitantes fue de 74 casos, cifra que se eleva a 125 en la región Sudeste y sólo alcanza los 21 en la Nordeste. En el 2002 se estimaba que entre 338,000 y 448,000 adultos de 15 a 49 años de edad podían estar infectados por esta enfermedad.

La tuberculosis, principalmente asociada al SIDA, se mantiene en niveles altos; esta enfermedad también se encuentra ligada al aumento de la pobreza, a la resistencia de la bacteria a los medicamentos y al abandono de los tratamientos

antes de la erradicación total del bacilo, debido a la imposibilidad de poder pagar el tratamiento completo.

Brasil ocupa el segundo lugar a nivel mundial, sólo superado por la India, en cuanto al número de casos de lepra. En 1996 fueron confirmados oficialmente 28,906 casos en su mayor parte localizados en las regiones Nordeste y Norte que acaparan el 73.4% del total del país. Uno de los factores que dificultan la erradicación de esta enfermedad es que los pacientes acuden a los servicios médicos cuando la enfermedad se encuentra ya en una fase muy avanzada. Razón por la cual, la producción y abastecimiento de medicamentos a bajo costo para toda la población es una de las prioridades y un aspecto que merece especial atención y la creación de diversas reformas y mecanismos encaminados a ayudar a la población y a erradicar y disminuir no solo la lepra, el SIDA y las demás enfermedades infecciosas sino todas las demás como el cáncer, las parasitarias y las respiratorias.

2.4.1. Políticas sanitarias

Las políticas sanitarias son definidas como el conjunto de acciones que busca el mejoramiento de las condiciones sanitarias de una población. Dichas acciones comprenden marcos legales para que todos las personas tengan garantizados los servicios de salud, así como los tratamientos terapéuticos, las consultas médicas y el acceso a medicinas efectivas.

En Brasil se han puesto en marcha, diversas políticas sanitarias, precisamente por los grandes problemas de la distribución de la riqueza que se manifiestan en ámbitos como el de la salud y el acceso a servicios sanitarios de calidad.

Para el establecimiento de las políticas sanitarias se debe de contar con recursos suficientes por parte del Estado para determinar las necesidades de su población y la aplicación de acciones que fomenten la creación de infraestructura,

instalaciones y disposiciones adecuadas para que la población tenga los servicios de salud cubiertos.

En el caso de Brasil, se ha llevado a cabo la implantación de una política de medicamentos como una de las acciones más importantes de las políticas sanitarias de los últimos años.

Actualmente la política sanitaria de Brasil está basada en el Plan Nacional de Salud, que establece que el Sistema Único de Salud debe de llevar a cabo las estrategias para dirimir las desigualdades que existen entre la población en esta materia, para lo cual se deben de buscar mecanismos como las políticas de medicamentos y el programa de farmacia básica que garanticen a toda la población el derecho inalienable a la salud y los elementos que se necesitan para lograrlo como son la vigilancia sanitaria, que ya es una realidad en Brasil, las consultas y el acceso a medicamentos.

2.4.2. La situación en el sector salud en Brasil

La Constitución Federal de 1988 define y establece la salud como un derecho de todos los ciudadanos brasileños (colectivo) y una responsabilidad y obligación más del Estado; el mismo texto establece que las acciones y los servicios públicos de salud deben integrarse en un sistema único, basado en la descentralización asistencial y administrativa, con una dirección única en cada nivel de gobierno (federal, estatal y municipal), en dicho sistema de salud se establece que debe ser equitativo, universal e integral, por esa razón el Estado es garante de la atención integral (es decir, tiene la obligación de dar prioridad a las actividades preventivas) y del control social a través de la participación comunitaria. Otra de las obligaciones del Estado en Brasil es “garantizar la salud a toda la población. Por tal razón, creó en 1990 el Sistema único de Salud y se

aprobó la ley orgánica de Salud en donde se define el funcionamiento del sistema, el cual ha sido resultado de muchas luchas sociales”¹⁹⁹.

Con las reformas que se le hicieron a la constitución brasileña en años posteriores, se incluyeron varios artículos sobre la salud y el Sistema Único de Salud, algunas de los artículos son: el 196 que establece que el Estado es el encargado de garantizar mediante políticas sociales la reducción de enfermedades y el acceso universal e igualitario a toda la población los servicios de salubridad. De igual manera los artículos 197, 198, 199 y 200 establecen la reglamentación, regulación y ejecución de las políticas sanitarias y los servicios sanitarios, la ejecución, organización y administración del Sistema Único de Salud, la destinación de recursos públicos a las instituciones de salud pública en el país, ya que se condena la subvención de recursos a las instituciones de salud privadas. Así como el control de medicamentos, equipos e infraestructura para atender las necesidades de la población, participar en la formulación de políticas de saneamiento básico, desarrollar la investigación científica, tecnológica y la revisión de la calidad de productos y sustancias farmacéuticas.

El sistema de salud en Brasil está a cargo del Ministerio de Salud, el cual se creó el 25 de julio de 1953, el cual empezó a encargarse de todas las actividades referentes a la salud y que estaban en esa época a cargo del Departamento Nacional de Salud(DNS) posteriormente el Ministerio determinó que las acciones y la infraestructura que existían no eran suficientes para abastecer las necesidades de toda la población, razón por la que se creó en “1956 el Departamento Nacional de Endemias Rurales que tenía como finalidad organizar y ejecutar los servicios de investigación y de combate a enfermedades contagiosas como la malaria, la peste, la fiebre amarilla y demás enfermedades existentes”²⁰⁰.

¹⁹⁹ Ministerio de Salud en Brasil. www.brasil.gov/ministeriosau. 8 de diciembre de 2004.

²⁰⁰ *Idem*

Bajo la misma condición de órgano de investigación y producción de vacunas surgió el Instituto Oswaldo Cruz, además de tener una Escuela Nacional de Salud Pública que se encargaba del perfeccionamiento e instrucción de médicos y enfermeras.

Así en los años sesenta, la desigualdad social y la concentración de la riqueza en pocas manos, aunado a las insuficiencias en el sector salud se creó la planeación del programa de abastecimiento de salud a largo plazo, lo que conllevó a la creación de La Política Nacional de Salud. Posteriormente, con la reforma administrativa federal en 1967 se estableció que el Ministerio de Salud fuera el responsable de la formulación y coordinación de la Política Nacional de Salud, así como el establecimiento de actividades para preservar las condiciones sanitarias y las acciones de vigilancia sanitaria de los puertos.

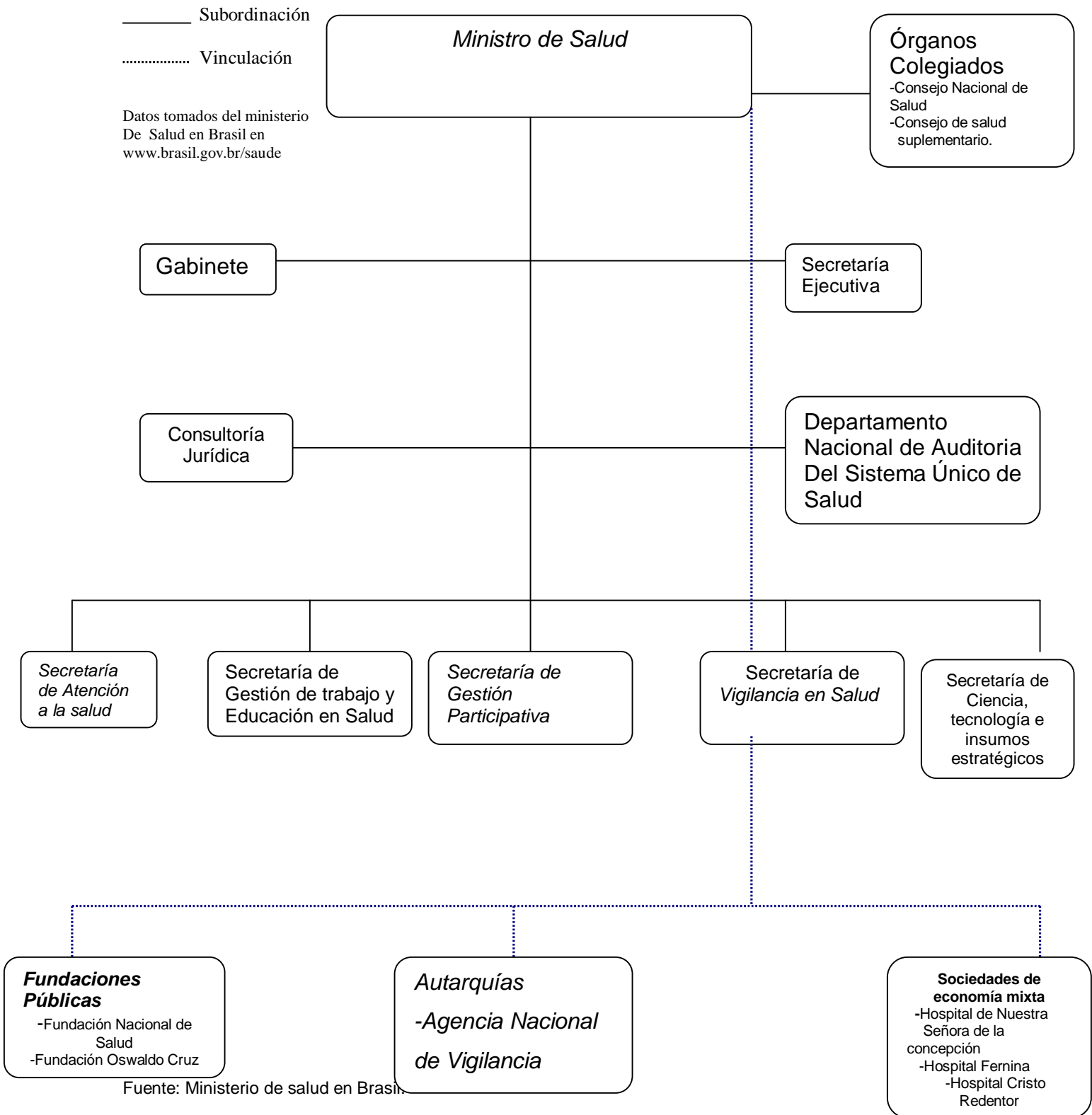
El Ministerio de Salud ha pasado por diversas reformas entre las que destacan la dicotomía entre asistencia médica y salud pública, además de ello, se crearon las coordinaciones de salud por región así como de las delegaciones federales de salud dejaban de ser los órganos principales, ya que después de dicha reforma quedaron supeditados a las coordinaciones de salud. De igual manera, se crearon órganos de vigilancia para verificar el buen funcionamiento de éstas nuevas instituciones. Así, en 1988, mediante la constitución se determinó que la salud es una obligación conferida al Estado, como anteriormente se mencionó, y que la manera de hacerlo sería mediante el Ministerio de Salud, específicamente a través del Sistema Único de Salud(SUS), el cual iba a funcionar según los lineamientos de la ley de salud de 1990.

El Sistema Único de la Salud (SUS), fue creado de acuerdo con disposiciones constitucionales, está reglamentado por las leyes n.º 8.808 (publicada el 19 de septiembre de 1990) y n.º8.142 (publicada el 28 de diciembre de 1990). Su objetivo principal es permitir que cada municipio fije cuáles son sus prioridades en la materia; y destinar los recursos necesarios para lograrlo.

A pesar de que el SUS es la herramienta fundamental para que el Estado le proporcione servicios de salud a toda la nación, es menester denotar la estructura del Ministerio de Salud en Brasil para conocer el alcance de las instituciones y el funcionamiento que éstas tienen.

El Ministerio de Salud está conformado por Órganos Colegiados que a su vez comprenden el Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salud Suplementaria, un gabinete, una secretaría ejecutiva, una consultoría jurídica, un Departamento Nacional de auditoria del SUS y 5 secretarías: la de atención a la salud, la de gestión del trabajo y de educación en la salud, la de gestión participativa, la de vigilancia en salud y la de Ciencia, tecnología e insumos estratégicos. De igual manera, hay diversas instituciones vinculadas al Ministerio de salud pero que no están subordinadas al Ministerio pero que coadyuvan en todas las acciones para cubrir las necesidades de salud, dichas instituciones son: las fundaciones públicas de salud compuestas por la Fundación Nacional de Salud y la Fundación Oswaldo Cruz, las autarquías que comprenden la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y la Agencia de salud suplementaria y las sociedades de economía mixta que están conformadas por 3 hospitales públicos.

Cuadro N°11
Ministerio de salud de Brasil



Fuente: Ministerio de salud en Brasil

El Consejo de Salud es una de las instancias más importantes en lo que se refiere a la salud y tiene un foro para propuestas y peticiones de la población. De esta forma, los ciudadanos participan en la formulación de la política de salud, en la fiscalización del sistema y en la definición sobre la aplicación de los recursos. La mitad de cada consejo está formada por representantes del gobierno, por prestadores de servicios y profesionales de la salud y la otra mitad está compuesta por representantes de los usuarios. "Estos consejos existen en el ámbito federal (Consejo Nacional da Salud), estatal y municipal. Según el ministerio, el 32% de los municipios de la región Nordeste, el 44% de la región Sudeste, el 33% de la región Sur y el 40% de la región Centro-Oeste han implantado ya estos organismos"²⁰¹.

La situación en el sector salud ha mejorado mediante el SUS, el cual contaba en 1997 con 3,071 municipios habilitados y sumaba 6,378 hospitales, 55,387 unidades ambulatorias y 494,870 camas, lo que supone 3.1% por cada mil habitantes, porcentaje algo alejado de lo considerado satisfactorio por la Organización Mundial de la Salud (cuatro camas por mil habitantes). La región Norte contaba con la tasa más baja, con 200 camas por mil habitantes y la Centro-Oeste con la más alta que es de 3.6%.

En 1997, el Sistema Único de la Salud atendió 361,490,536 consultas, lo que representa una media de 2.26 consultas por habitante. Actualmente, el SUS cuenta con 208,157 médicos, lo que supone un índice de 13.04 médicos por cada 10,000 habitantes, superior a la cifra de 10 médicos considerada satisfactoria por la Organización Mundial de la Salud. "La distribución de estos profesionales en el país es muy desigual; pues en tanto que el sudeste brasileño registra una tasa de 18.13 médicos por 10,000 habitantes, el norte apenas cuenta con 6.02 y, además, estos profesionales se concentran mayoritariamente en las zonas urbanas (un 65%). En la región Nordeste, el porcentaje de médicos que ejercen en el interior es de apenas 15.73%, mientras que en la región Sur, una de las más ricas del país, el porcentaje asciende al 52.02%. Otro que vale la pena

²⁰¹ *Idem*

destacar es que la red privada de servicios de salud contratada por el SUS se paga mediante un sistema de reembolsos que responde por el 75% de la asistencia médica de todo el país, mientras que la red pública es responsable de apenas el 25% de la asistencia”²⁰².

Otra de las iniciativas gubernamentales que se han llevado a cabo ha sido la creación del Centro de Medicamentos (CEME) que fue creado en 1971 para conducir el Programa de Asistencia Farmacéutica, abasteciendo a la red pública de medicamentos esenciales para la población, que actualmente funciona. En Brasil la producción de estos medicamentos es producida por 16 laboratorios públicos, los cuales son distribuidos a 80 millones de personas por medio del Programa de Asistencia Farmacéutica. Los laboratorios oficiales representan el 3,5% de la producción total de medicamentos y atienden el 45% de la demanda de las recetas constantes de la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME).

2.5. La situación de los medicamentos en Brasil

Existe una relación estrecha entre producción de medicamentos y el precio de estos en el lugar donde tiene efecto dicho fenómeno, pues la lógica determina, que a mayor producción los precios deberían de ser más bajos, pero esa situación en Brasil no tuvo efecto hace varios años, a pesar de que siempre se han producido grandes cantidades de medicamentos. En la actualidad la situación ha cambiado, pero no del todo, ya que se siguen produciendo grandes cantidades de medicamentos pero hay algunos que aún tienen elevados costos.

En Brasil cifras como las siguientes muestran el panorama general de la situación de los medicamentos en este país latinoamericano, ya que en el 2002, el 15 % de la población brasileña consumía el 48% de los medicamentos en ese país y gastaba alrededor de \$205 dólares lo que equivalía a más de 10 salarios mínimos y 27 productos al año, el 36% de la población consumía el 36% de medicamentos

²⁰² *Idem*

y gastaba \$68 dólares lo que abarcaba el rango de 4 a 10 salarios mínimos y a 9 productos en tanto que la mayoría de la población, es decir el 51% consumía el 16% de los medicamentos del mercado carioca, lo que representaba un gasto de 20 dólares lo equivalente a un rango de 1 a 4 salarios mínimos y a 3²⁰³ productos al año.

Brasil ocupa hoy el décimo sitio a nivel mundial de los mayores consumidores de medicamentos en el mundo, lo que representa un gasto de 5 mil millones de dólares al año en el consumo de medicinas.

Los medicamentos en este país pueden clasificarse en tres categorías: los productos de patente o marca comercial, los genéricos y similares.

El costo de los medicamentos en Brasil es muy alto por dos aspectos el primero es que importa los principios activos, en tanto que el segundo responde a la existencia de grandes transnacionales farmacéuticas que ejercen mucha presión en los precios.

El gobierno brasileño ha emprendido diversas acciones para disminuir las inequidades y mejorar la situación de los medicamentos en el país, porque aunque no es mala la alta producción de medicamentos debería de abaratar los costos, lo cual no ha sido posible de forma significativa.

Ante tales circunstancias el gobierno federal estableció el Programa Nacional de Farmacia Básica con el objetivo principal de dar a toda la población carente de medicamentos esenciales acceso a estos. La farmacia básica está formada por 40 medicamentos que se destinan a la atención primaria y que hoy son distribuidos a 4,177²⁰⁴ ciudades en todo el país.

²⁰³ Datos tomados de la página de la Federación Brasileña de Industrias Farmacéuticas(FEBRAFARMA). www.febrafarma.org.br 23 de septiembre de 2004.

²⁰⁴ Ministerio de Salud. www.brasil.gov.br/temas/saude

El ministerio de Salud en Brasil tiene diversas instancias que se encargan de la supervisión de medicamentos, una de ellas es la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVS), que es la institución responsable del registro de los medicamentos y otros productos que se relacionan con la salud. El control sanitario de la producción, distribución, comercialización, prescripción y uso de medicamentos, está a cargo de las 27 Secretarías de Salud y también por la Secretaría del Distrito Federal, cada una de ellas encargada de la salud y las necesidades de salubridad de su estado respectivo y del distrito federal a través de sus unidades de vigilancia sanitaria.

La gran mayoría de los medicamentos que se consumen en Brasil son los destinados al combate de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, que junto a las cardiovasculares, el cáncer y el SIDA son las enfermedades que más muertes ocasionan en el país. Su distribución geográfica es irregular y se encuentra relacionada con el estado de desarrollo de cada región e influida notablemente por factores como el saneamiento básico.

2.6. El acceso a los medicamentos

El abastecimiento y la utilización de los medicamentos constituye uno de los artífices fundamentales para la salud de la población, empero como se ha mencionado anteriormente el factor económico y las condiciones de vida son elementos que interfieren en esto.

El acceso a los medicamentos representa hoy en día la mayor diferencia entre ricos y pobres, puesto que la capacidad económica de las personas y la ley de la oferta y la demanda en el mundo determina si pueden tener acceso o no a los medicamentos y si estos pueden prolongarles la vida o significar la muerte, en el caso de Brasil la situación no es distinta, ya que el acceso a los medicamentos está determinado por aspectos como: el control y/o la fijación diferenciada de precios, las medidas que incidan sobre la asimetría de información entre fabricantes y consumidores, los subsidios, promoción, los impuestos que puedan

tener los medicamentos, la comercialización, la distribución, entrega, la utilización de excepciones como las importaciones paralelas y licencias obligatorias para medicamentos patentados permitidas bajo el marco del ADPIC y la producción de los fármacos.

La mayoría de los países en desarrollo enfrentan serias dificultades para asegurar el uso racional, efectivo y seguro de los medicamentos; por ésta razón han destinado grandes esfuerzos para la creación de una “Política Nacional de Medicamentos con metas específicas, con frecuencia dichas políticas son iniciadas con la asistencia y el apoyo del *Action Programme on essential Drugs* de la Organización Mundial de la Salud”²⁰⁵.

En Brasil, la ley “8080 de Salud de 1990 estableció que se debería de formular una política Nacional de Medicamentos, sin embargo esto sucedió hasta el 30 de octubre de 1998 con la publicación del decreto gubernamental 3916 que aprobó la creación de la Política Nacional de Medicamentos”²⁰⁶.

El aumento de la pobreza en Brasil desde finales de la década de los años 80, representó la elevación de los precios de las medicinas, lo que tuvo repercusiones a largo plazo, ya que con los niveles de pobreza proliferaron las enfermedades contagiosas, aspecto para el cual se requería de un gran número de medicamentos esenciales, pero los altos costos no permitían que todas las personas pudieran adquirirlos.

Así, ante el crecimiento de diversas enfermedades contagiosas, el gobierno federal tuvo que tomar ciertas medidas para garantizarle a la población acceso a los medicamentos, lo cual representaba un enorme reto, por lo cual se pensaba dirigir el abastecimiento de medicamentos esenciales a la población más vulnerables.

²⁰⁵ Cileto Dias, Claudia. Medicamentos genéricos en Brasil de 1999 a 2002: análisis de la legislación, aspectos coyunturales y políticos. Tesis de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, 2003.p. 1

²⁰⁶ *Idem*

Brasil ha llevado a cabo diversas acciones para facilitar el acceso de medicamentos a toda la población y en especial a los sectores con mayores necesidades, así en 1998, una de las acciones más importantes fue el desarrollo de “La política brasileña de medicamentos”, la cual tenía como objetivo asegurar a la población el “acceso a medicamentos seguros, eficaces y al menor costo posible”²⁰⁷; para cumplir con lo anterior, el gobierno brasileño estableció los siguientes mecanismos aprobados por la Organización Mundial de la Salud:

- ✓ Formulación de un listado de medicamentos denominado como Relación Nacional de Medicamentos (RENAME, por sus siglas en Portugués), que comprende la elaboración de canastas con medicamentos esenciales, de eficacia probada y garantizada para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades de la población, así como de los diversos problemas sanitarios en formas y cantidades específicas según la situación epidemiológica y las zonas con menos recursos. Una de las obligaciones del RENAME es que debe ser actualizado constantemente y que toda la población debe conocer esta disposición para poder solicitar las canastas básicas.
- ✓ Reorientación de los sistemas farmacéuticos, facilitando la promoción, distribución, almacenamiento y disponibilidad de los productos según las diversas necesidades sanitarias.
- ✓ Uso racional de los medicamentos en donde también, se incluyó educación en el área de salud, el riesgo de suspender los tratamientos y de la medicina preventiva.
- ✓ Incentivos para el desarrollo científico, tecnológico y la producción de medicamentos así como la producción nacional de los medicamentos del RENAME.

²⁰⁷ Glanc, Mario. *Los Medicamentos Genéricos: Una herramienta posible para mejorar el acceso de la población al tratamiento efectivo de las enfermedades*. Ponencia presentada en el Primer Congreso argentino- brasileño de Medicamentos Genéricos.

- ✓ Garantía de la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos, lo que pretende que todas las personas y en especial la de estratos más bajos tengan acceso a servicios de salud y sobre todo a medicamentos. Prevé la reestructuración de la Red brasileña de laboratorios analíticos-certificadores en salud para la fiscalización y verificación de los medicamentos (REBLAS)
- ✓ El control de precios
- ✓ Aumento y capacitación de personas especialistas en temas de la salud.

Para alcanzar los objetivos antes descritos es fundamental la adopción de la asistencia farmacéutica que según la política brasileña de medicamentos es definida como “el conjunto de actividades relacionadas con los medicamentos destinadas a la salud de una comunidad, comprende el abastecimiento de medicamentos en todas y cada una de sus etapas constitutivas, la conservación y el control de calidad, la seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos, la evaluación de la utilización, la obtención y difusión de información sobre el medicamento y la actualización permanente de profesionales de la salud así como la educación del paciente y de la comunidad para asegurar el uso correcto y racional de los medicamentos”²⁰⁸.

El gobierno federal brasileño además de lo anterior, determinó la creación del programa Farmacia Popular, que tiene como objetivo que toda la población, en especial la de menos recursos económicos tenga acceso a medicamentos primordiales y tratamientos terapéuticos efectivos y continuos sin importar el costo.

El programa está a cargo de la Fundación Osvaldo Cruz (Fiocruz) que es un órgano vinculado al Ministerio de Salud en Brasil, el cual adquiere los medicamentos de diversos laboratorios farmacéuticos, tanto de iniciativa pública como privada y los pone al alcance de la población en las Farmacias populares

²⁰⁸ *Ibidem* p. 4

bajando notablemente los precios de las medicinas. Las farmacias populares funcionan de la siguiente manera: El usuario recibe atención personalizada mediante consultas con médicos y farmacéuticos que los revisan y recetan según su condición de salud, además de enseñarles el uso correcto de los medicamentos para evitar la automedicación.

Las farmacias populares, además de lo anterior realizan diversas campañas educativas para la prevención de enfermedades como el SIDA, el dengue y demás enfermedades contagiosas.

“Para poder utilizar los servicios de la Farmacia Popular, es necesario que las personas cuenten con una receta médica u odontológica emitida por alguna de las instituciones de la red del servicio de salud pública o privada de Brasil que contenga los medicamentos requeridos en la receta y que estén disponibles en el programa”²⁰⁹, con lo anterior el gobierno brasileño busca impedir la automedicación y proporcionarles a la población de menos recursos las medicinas básicas para evitar que las enfermedades se intensifiquen y se logren controlar diversas patologías, lo que es un aspecto significativo que está ayudando en mucho a la población, empero muchos enfermos no pueden tener acceso a todos los medicamentos que necesitan, ya que la farmacia popular sólo otorga los medicamentos que tiene disponibles y esto sigue siendo una gran limitante para el acceso de la población a todos los medicamentos, aún cuando se haya buscado proporcionar los medicamentos esenciales para las personas de bajos recursos.

El programa fue creado con la finalidad de garantizar a toda la población medicamentos a muy bajo costo o de forma gratuita para que así las personas no pudieran interrumpir los tratamientos médicos por falta de dinero, así el programa contribuye para reducir el gasto familiar en cuestiones de salud. Farmacia popular depende directamente del Ministerio de Salud, el cual se encarga de destinar los recursos necesarios para su funcionamiento, en el 2003 designó 380 millones de

²⁰⁹Ministerio de Salud en Brasil. www.brasil.gov/temas/saude, página consultada el 10 diciembre 2004.

reales, para combatir las enfermedades coronarias mediante tratamientos y operaciones, 142 millones de reales en enfermedades cerebrales como los derrames y 314 millones de reales en despensas de medicamentos, todos estos gastos representaron el 21% más que en el 2002. Lo que permitió mejorar las condiciones de salud y proporcionar acceso efectivo de medicamentos a toda la población.

Un artifice importante en el funcionamiento de éste programa ha sido la adopción e instrumentación de una política de medicamentos genéricos, que proporcione a toda la gente la posibilidad de obtener medicinas baratas y de alta calidad.

Sin embargo, esto no ha parado el aumento de casos de SIDA, dengue y tuberculosis, ni ha satisfecho todas las necesidades de toda la población en cuestión de salud, ya que a pesar de los enormes esfuerzos del gobierno federal a través del Ministerio de Salud se siguen contando con diversos obstáculos burocráticos, puesto que para que se establezcan farmacias populares los hospitales o municipios son los que deben de comunicar dicha intención al Ministerio de Salud, el cual “avala la viabilidad técnica de los edificios municipales, los hospitales y la demás infraestructura para crear una farmacia popular”²¹⁰, ante lo cual se crea un convenio, que es firmado entre el Ministerio de Salud por medio de la Fundación Oswaldo Cruz con las alcaldías y las entidades encargadas de la construcción, manutención, limpieza, infraestructura y seguridad de la nueva farmacia popular, “en el caso de los hospitales, el Ministerio solo adecua los espacios con los que cuentan los nosocomios para el establecimiento de las farmacias.

“Las farmacias son abastecidas por la FIOCRUZ, que adquiere los medicamentos en subastas que realizan los diversos laboratorios farmacéuticos tanto nacionales como extranjeros, cuando se trata de laboratorios privados son comprados en pregones, a los 17 laboratorios oficiales no tienen que hacer licitación”²¹¹,

²¹⁰ *Idem*

²¹¹ *Idem*

situación que cambia cuando se trata de una industria farmacéutica, en donde se tiene que hacer una licitación por notificación; “el personal especializado que trabaja en las farmacias y los médicos que dan las consultas gratuitas son enviados también por el FIOCRUZ”²¹², para evitar cualquier desvío de recursos o medicamentos; para lo cual los municipios y los hospitales que solicitan la farmacia popular deben de notificar el número de habitantes, el perfil económico de la población, el número de equipos necesarios para el Programa de Salud Familiar, número de unidades básicas de salud, porcentaje y registro de personas atendidas por el Sistema Único de Salud(SUS), disponibilidad de edificios públicos, número de personas que se encargan de las necesidades de salud en el municipio o el hospital, existencia de unidades hospitalarias con el número de personal, camillas, vínculos con entidades médicas y el perfil epidemiológico del municipio o alcaldía.

Básicamente el programa de “Farmacia Popular funciona por medio del subsidio del gobierno federal, se ha estipulado que los precios de los medicamentos deben de ser hasta un 50% más baratos, la reducción fue aprobada por la reforma tributaria y es aplicada a partir del 2005”²¹³. El porcentaje de disminución de precios comprende los 2800 medicamentos que conforman la lista del programa de Farmacia Popular, esta iniciativa gubernamental significa un gran avance, no obstante habrá que ver los resultados que obtenga, ya que acaba de empezar a funcionar y el gran reto según el ministerio de Salud es darle acceso a la población a los medicamentos pero también a servicios integrales de salud así como campañas de prevención de las enfermedades para propiciar la toma de conciencia en la población y la adquisición de hábitos que eviten la proliferación de epidemias.

Por otra parte, hay que resaltar que este tipo de acciones significan un cambio muy importante en las condiciones de salud de la población brasileña, pero aún tiene muchos obstáculos, porque la instalación de las farmacias populares y el

²¹² *Idem*

²¹³ *Idem*

abastecimiento de servicios depende de la rapidez con que se efectúen los tramites, lo que podría representar una espera muy larga para la gente que necesita con urgencia las medicinas y las consultas.

2.7. El mercado de medicamentos en Brasil

Brasil es el onceavo mercado farmacéutico de todo el mundo. Ahí se encuentran cerca de 541 industrias tanto nacionales como transnacionales, que comprende productores de medicamentos patentados y genéricos, industrias fármaco-químicas e importadores; el mercado farmacéutico en Brasil tiene ciertas particularidades que lo diferencian de otros, en primera instancia existen 3 segmentos muy diferenciados que son: los laboratorios transnacionales, hegemónicos en el sector, los laboratorios privados de capital nacional y los laboratorios estatales, estos últimos tienen un porcentaje mínimo en el mercado, pues son por lo general para el uso de las necesidades del gobierno en esta materia.

“El mercado brasileño de medicamentos es uno de los mayores del mundo, pues en 2001, ocupó la octava posición en ventas a nivel internacional, ya que logró vender 5,700 millones de dólares y exporto medicamentos por un monto de 242 millones de dólares”²¹⁴.

Cabe señalar que Brasil es uno de los mayores mercados por el tamaño de su población, de la cual sólo menos del 40% puede adquirir los medicamentos.

“Otra de las particularidades del mercado farmacéutico es que existe un número excesivo de farmacias, lo que incentiva la promoción, la presencia y de alguna manera el consumo de medicamentos, aunque no hay que olvidar las condiciones que imperan en lo que respecta al acceso a medicinas; en Brasil existen 50,000 farmacias para una población de 176 millones de habitantes, así, existe una

²¹⁴ Cilento Dias, Claudia. *Op. Cit.* p. 20

farmacia para cada 3,500 personas, siendo que la OMS recomienda una farmacia para cada 6,000 personas.

Un aspecto característico del mercado brasileño es que “adquiere los medicamentos de las propias industrias y las distribuidoras y eso le permite establecer precios excesivos establecidos en todo el país, lo que fija un margen de lucro sobre el precio de venta, aunado a ello, en muchas farmacias existen los incentivos por parte de laboratorios transnacionales y nacionales para la promoción y venta de sus productos”²¹⁵, razón por la cual los farmacéuticos recomiendan determinados medicamentos cuando no se encuentra el que solicitan, además de que los venden a un precio excesivo del ya elevado costo que fijaron las farmacéuticas. Lo anterior muestra que al ser esto tan característico del es un fuerte incentivo para el crecimiento del mercado, además hay que destacar que en Brasil hasta el año 2000, las medicinas se veían como cualquier mercancía por parte de quienes la vendían y fabricaban, y que se ceñía a las reglas de la oferta y la demanda, pero que permitía una libertad en la fijación de precios.

Cuadro Nº 12. El mercado farmacéutico en Brasil

Año	1997	1998	1999	2000
Miles de millones de Dólares	\$7,600	\$7,700	\$5,800	5,700
Evolución en porcentaje	6.4%	1.9%	24.7%	0.8%
Unidades en miles de millones	1,350 unidades	1,300 unidades	1,260 unidades	1,240 unidades
Evolución en Porcentaje	5.3%	3.9%	3.1%	1.6%

Fuente elaboración de la autora con datos de Dr. Baptista Éboli, Gustavo. Mercado de Medicamentos en Brasil. Ponencia presentada en el congreso de la Federación Panamericana de Fármacos en el año 2000. Brasil. p. 11.

2.7.1. La producción de medicamentos en Brasil

Brasil, al ser uno de los mayores mercados farmacéuticos y por ende al ser un gran consumidor de los mismos, tiene una gran producción de

²¹⁵ Cilento Dias, Claudia. *Op. Cit.* p. 22

medicamentos, ya que se concentran en éste país, las principales farmacéuticas transnacionales y se incentiva la farmacéutica nacional.

Sin embargo, la mayor parte de la producción de fármacos en Brasil pertenece a las grandes farmacéuticas transnacionales, pues no siempre fue así, ya que a principios de la década de los años 80 se llevaron a cabo importantes acciones gubernamentales para aumentar la producción de medicamentos. Uno de los artífices de dichas acciones fue el decreto número 4 del 3 de octubre de 1984 del Ministerio de Salud y del Ministerio de la Industria y Comercio que estipulaba la reglamentación de la producción de materias primas, insumos farmacéuticos y sustancias utilizadas en la fabricación de las medicinas. Cabe señalar que por esta ley se estableció la creación de una reserva y evitar producciones excedentes.

Los resultados de la aplicación de esa ley no fueron los esperados, ya que las filiales de las grandes transnacionales dudaban de la calidad de las materias prima fabricada en ese país. Otro de los aspectos que tuvieron lugar con la aplicación de este decreto fue que como en esa ley se permitía la “importación preventiva”, es decir que las grandes transnacionales podían importar insumos o productos farmacéuticos específicos cuando no existieran en Brasil las cantidades o materias primas suficientes para la elaboración de las medicinas; no obstante, muchas de estas empresas para no tener que comprar las materias primas en Brasil ni para permitir que los productores nacionales de medicinas crecieran, hacían grandes pedidos del fármaco específico que podían importar y con esto bloqueaban la producción de medicamentos específicos y el ingreso al mercado del nuevo productor nacional y se fortificaban las transnacionales.

Posteriormente a esta iniciativa siguieron otras acciones específicas que buscaban impulsar la industria farmacéutica brasileña, entre éstas cabe señalar el proyecto de la Comisión de Desarrollo y Tecnología (CODETEC), “que entre 1984 y 1990 invirtió 5 millones de dólares en el establecimiento de 12 laboratorios y de varias plantas piloto. En este mismo período fueron desarrollados proyectos

con valor de 7 millones de dólares que tuvieron como resultado la producción de 60 medicamentos”²¹⁶.

A pesar de que se llevaron este tipo de acciones en pro de la industria farmacéutica nacional, a finales de 1990, los cambios institucionales y en especial la de la legislación de patentes que estuvo vigente hasta ese año y que permitía la copia exacta de las moléculas químicas de los distintos medicamentos que producían las transnacionales o llegaban a Brasil, aunado a ello, el proceso sustitutivo de importaciones estaba seriamente amenazado, así estos factores repercutieron definitivamente en el desarrollo de la industria farmacéutica nacional. De igual manera, se limitaron los impulsos y las inversiones para incentivar la industria; razón por la cual la producción interna de medicinas se estancó en este período, alcanzando la suma de “500 millones de dólares en pérdidas”²¹⁷.

Factores como los antes señalados fueron determinantes para el colapso de esta industria en Brasil, puesto que en “1987 de todo el mercado de medicamentos, el 60% era de producción nacional, en tanto que actualmente sólo comprende el 18% del mismo, que equivale a 200 millones de dólares que son destinados al mercado externo”²¹⁸.

En la década de los 80, la industria nacional producía más de 420 medicamentos y en 2005 menos de 300, esto podría no parecer un cambio sustancial, pero si lo es porque en 1987 se producían en Brasil 735 medicamentos y como se mencionó anteriormente la mayoría (420) eran hechos por laboratorios nacionales y el resto por las empresas transnacionales, empero hoy se fabrican 2,000 medicamentos al año en este país de los cuales menos de 300 son producidos por laboratorios nacionales y el resto, que es muy significativo por laboratorios extranjeros con materias primas e insumos importados, lo que obviamente

²¹⁶ Informe da Produção de medicamentos no Brasil. Ministerio de desenvolvimento do Brasil. Consultado en www.mdd.gov.br, el 19 de enero de 2005. p. 4

²¹⁷ *Idem.*

²¹⁸ *Idem*

también ha repercutido en la compra de materias primas brasileñas para la fabricación de los fármacos de estas grandes filiales extranjeras.

Las transnacionales controlaron la producción y el mercado local a través de sus medicamentos importados de sus matrices o de sus diferentes plantas y laboratorios ubicados en lugares estratégicos y cercanos a Brasil como es el caso de Argentina o Uruguay.

En este sentido, es importante denotar que a pesar de la incipiente producción nacional de medicamentos, la mayoría de estos son comprados por el Ministerio de Salud, el sistema Único de Salud y demás institutos relacionados para llevar a cabo los objetivos nacionales de incentivar la producción interna, dar mayor acceso a medicamentos a las poblaciones con menos recursos, disminuir la dependencia e importación de medicamentos extranjeros o producidos por las grandes transnacionales, promover el consumo y la producción de medicamentos genéricos en Brasil.

Por las razones antes señaladas, en los últimos 5 años, el gobierno brasileño ha buscado incentivar la producción nacional de medicamentos como parte de una estrategia para dar acceso a medicamentos esenciales a todos los brasileños, para lo cual el impulso a la creación de centros de investigación y laboratorios de medicamentos genéricos es vital, en especial por el problema que representa en Brasil el SIDA.

Sin embargo, cabe señalar que la producción de medicinas en Brasil tiene características específicas como son: que las empresas extranjeras y nacionales se dedican muy poco a la producción, ya que en el caso de las transnacionales las importan de sus filiales en otros países o simplemente las maquilan. En el caso de los laboratorios nacionales son muy pocos los que producen, cabe señalar que algunos laboratorios estatales son responsables del 40% de la producción nacional, tal es el caso del Laboratorio *Farmanguinhos* que produce 211 millones de reales al año y que abastece el 40% de los medicamentos que compra el SUS que otorga gratuitamente a las personas de escasos recursos; de

igual manera, los laboratorios de medicamentos genéricos han incentivado la producción nacional al incrementar en la fabricación y ventas de dichas medicinas.

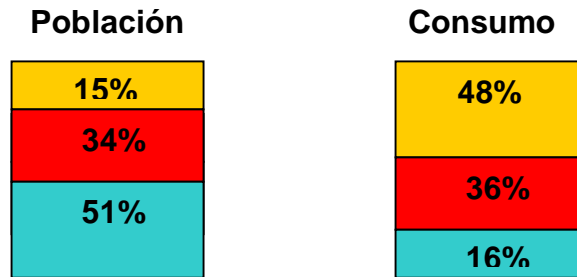
Actualmente, como resultado de las acciones para impulsar la industria farmacéutica brasileña, este país ha creado un parque industrial para la creación de materias primas farmacéuticas, que reúne a 20 asociados que producen más de 360 millones de dólares²¹⁹ al año y que están empezando a exportar a países en desarrollo con incentivos del gobierno.

2.7.2. El consumo de medicamentos en Brasil

El consumo de medicamentos está condicionado por factores como el tamaño del mercado nacional, la producción interna, el número de importaciones y exportaciones, además de los niveles de vida y el precio de los medicamentos que imperan en un país determinado. En Brasil, la situación no es distinta, ya que el aumento de la pobreza, la presencia de las grandes transnacionales, la situación económica del país, las instituciones de salud, las políticas sanitarias y los efectos de acuerdos comerciales afectan el acceso y el consumo de medicamentos.

En este sentido, la población con menos recursos ha sido la más afectada, ya que el consumo de medicamentos está estrechamente relacionado con el ingreso económico, por esto es muy lógico que quienes menos tienen son los que menos consumen o no consumen. En el año 2002 la situación en el consumo de medicamentos era la siguiente:

²¹⁹ Ib. p. 146



En el 2005, se han presentado algunas variaciones en el consumo de medicamentos, puesto que con el impulso que se le ha dado al Sistema Único de Salud y al acceso a medicamentos se ha logrado que la población más marginada que es el 51% consume el 18% de los medicamentos, el 34% de la población consume el 38% de los fármacos y finalmente el 15% de la población consume el 46% de las medicinas.

2.7.3. Segmentación del mercado y canales de comercialización

El mercado brasileño está segmentado en medicamentos patentados o de marca de demanda libre, en medicamentos patentados bajo prescripción y receta médica (OTC) y los medicamentos genéricos. En Brasil, cabe señalar que estas 3 categorías son las únicas que pueden ser comercializadas en este país, por tal razón la competencia se lleva a cabo entre estas categorías y el consumo de los medicamentos obedece a la misma lógica.

Con lo que respecta a los canales de comercialización, básicamente puede hablarse de 4 canales de comercialización que son: la promoción de los agentes farmacéuticos con los médicos, la que llevan a cabo los médicos, de manera implícita, al recomendar o prescribir determinados productos a los pacientes, la comercialización mediante los medios de comunicación y la que hacen los químicos o el personal que atiende las farmacias y que como recibe comisiones por parte de las grandes farmacéuticas prescribe ciertos medicamentos por los cuales le dieron la comisión aunque no sean tan efectivos para los clientes.

2.8. La industria farmacéutica en Brasil

La industria farmacéutica en América Latina está marcada por diversos factores como una “baja capacidad de innovación, ausencia o insuficiencia de incentivos a la investigación y el desarrollo, así como leyes que la estimulen, la falta de industria farmacoquímica nacional exigua o inexistente”²²⁰, “un mercado productor caracterizado por estar controlado por empresas transnacionales de países industrializados que obtienen sus ganancias en la región”²²¹, pero que se las llevan a sus Estados. Lo antes mencionado establece y explica la posición de los países en desarrollo y en especial de la región de América Latina en el contexto farmacéutico internacional, ya que en el “2002 y 2003 el mercado mundial de medicamentos fue estimado en \$406,000 millones de dólares, de los cuales 20% son concernientes a los países en desarrollo y sólo el 7% a la región de América Latina, las grandes farmacéuticas consideran que no vale la pena invertir en investigación para un mercado debajo de los mil millones de dólares en ventas anuales. Esto explica el hecho de que en el periodo de 1975 a 1999, solamente el 1% de nuevos medicamentos aprobados para la comercialización fueron destinados a las enfermedades tropicales”²²².

Aunado a ello, América Latina representa el “5% de la producción mundial, lo cual, aunque ubica a la región dentro de los mayores productores y mercados internacionales se entiende por la presencia de las grandes filiales transnacionales. Los principales productores y exportadores en la región son: México, Brasil y Argentina quienes concentran aproximadamente el 80% de la región”²²³. La industria farmacéutica de éstos países reviste las mismas características que la de la región pero en diferentes concentraciones.

²²⁰ De los Santos Pinheiro, Eloan y Gonçalves Macedo, María F. *Producción de insumos en la región: una necesidad importante*. Foro *Latin Pharma*. Consultado en www.latinpharma.com.br, el 4 de octubre de 2004. p.1

²²¹ Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *Op cit.* p.1

²²² De los Santos Pinheiro, Eloan. *Op. Cit.* P. 1

²²³ Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *Op.Cit.* p.3

La industria farmacéutica en Brasil tiene una gran cantidad de empresas transnacionales que son las que en su mayoría producen y abastecen el mercado de ese país, además de que presenta “grandes importaciones de materias primas, resultado de una industria química básica poco desarrollada y los niveles de innovación del sector son relativamente bajos, razón por la cual en su mayoría los laboratorios nacionales se han dedicado a la producción de medicamentos genéricos y algún nuevo, que no puede competir con las filiales transnacionales que producen medicamentos innovadores”²²⁴,o resultado de copias de sus mismos medicamentos con algunas modificaciones o la importación de fármacos que fueron exitosos en sus países y que llevan al mercado brasileño.

Brasil es uno de los países más importantes en el sector farmacéutico, puesto que en el 2001 ocupó la décima posición en el mercado farmacéutico mundial, además de que desde los últimos 5 años es parte de los 11 mayores mercados farmacéuticos a nivel internacional. La industria farmacéutica ha tenido en éste país condiciones propicias para el desarrollo y la producción de medicamentos, ya que en Brasil existen 551 laboratorios tanto nacionales como extranjeros, según la Federación brasileña de la farmacéutica 49 % de las empresas son nacionales y el resto de capital extranjero o mixto.

En Brasil, la industria farmacéutica está dominada por “12 empresas, las cuales controlan el 45% del mercado, de las cuales 11 son transnacionales y sólo una es brasileña las otras 539 controlan el 55% restante”²²⁵.

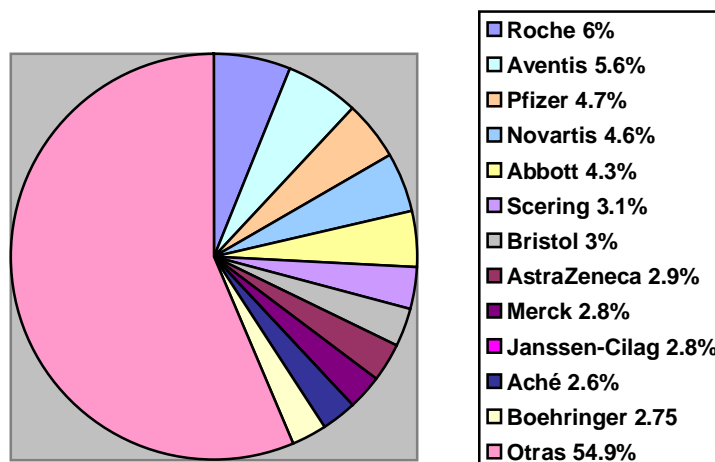
En este sentido, hay que decir que la lógica de las 11 grandes transnacionales es la manufactura de los productos y que sólo desde hace una década han empezado a utilizar materias primas brasileñas, pero que la mayoría de los principios químicos son importados de sus países, razón por la cual establecen una “súper facturación” de precios, aduciendo el costo de sus importaciones.

²²⁴ *Ibidem* p.4

²²⁵ Xavier de Lemos Campanema, Luciana e Lins Palmeira Filho, Pedro. *A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção* . BNDES Sectorial, núm.19, Rio de Janeiro, marzo de 2004. P.28

Gráfica N° 11

Distribución del mercado farmacéutico brasileño.



Fuente: Xavier de Lemos Campanema, Luciana e Lins Palmeira Filho, Pedro. *A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção*. BNDES Sectorial, núm.19, Rio de Janeiro, marzo de 2004. p 29.

En el 2003, las exportaciones de la industria fueron de “\$279.9 millones de dólares en medicamentos vendidos”²²⁶.

Según el *IMS health*, la industria farmacéutica en Brasil ha crecido notablemente en los últimos años, tanto que el 14 de junio del 2002 se creó la Federación Brasileña de la industria Farmacéutica (FEBRAFARMA), la cual reúne a 15 entidades representativas del sector: Abimip, Abrasp, Alanac, Interfarm, Grupo Pro Genéricos, Sindifar, Sindquímica, sindusfarma, sindusfarq, Sinfacope, Sinfar, Sinqfar, Sinqifar, Sinqifar-NP y Sinqfesc, que agrupan a 252 fabricantes de medicamentos tanto de patente como genéricos, ya que “las ventas totales del sector en 2003 fueron de \$5,056 millones de dólares. De los laboratorios representados en Febrafarma, 48 laboratorios (19%) son de capital extranjero y

²²⁶Federación Brasileña de la industria farmacéutica (FEBRAFARMA), consultado en la página www.febrfarm.org.br, el 18 de marzo de 2004.

204 (81%) son de capital nacional. Sin embargo el 70% de las ventas del mercado brasileño corresponde a las industrias farmacéuticas transnacionales ²²⁷.

Febrafarma es una entidad que representa a la industria farmacéutica brasileña que tiene como objetivo establecer un mecanismo de interrelación y un diálogo entre la sociedad, la industria farmacéutica y el gobierno, para tener una estrategia común y solucionar problemas como el acceso de medicamentos²²⁸, sin embargo hay que resaltar que Febrafarma, al ser un representante de la industria vela por los intereses de la misma y aunque se establece que dicha defensa sea mediante márgenes y acciones justas, dedicando su mayor atención para que la industria ofrezca productos y servicios de alta calidad y asequibles.

Durante los gobierno de Fernando Henrique Cardoso, se le dio un notable impulso a la industria farmacéutica, y logró una muy buena promoción, producción y uso de los medicamentos genéricos, sin embargo hay que resaltar que Brasil al verse ante terribles presiones de las grandes trasnacionales y los problemas de salud pública, la solución y la realidad ha resultado ser el compartir el mercado farmacéutico en donde no sólo tienen cabida los productores de medicamentos genéricos nacionales sino también las grandes trasnacionales.

La industria nacional tiene una gran dificultad para invertir en investigación de nuevos medicamentos.

“En Brasil, las industrias que no tienen recursos para invertir en la investigación y en la promoción de su marca utilizan un artificio para vender sus productos conocido como BO o bonificado que según el Consejo federal de Farmacia se trata de una estrategia de ventas practicada mayoritariamente por la industria nacional, que no dispone de los recursos para de las multinacionales para invertir en publicidad, por lo cual le da una bonificación a las farmacias por la compra de sus productos, la bonificación casi siempre es entregar un producto gratuito por cada

²²⁷ www.febrafarma.org.br página consultada el 10 de diciembre de 2004.

²²⁸ Ver www.febrafarma.org.br

*producto comprado, con lo cual las farmacias incrementan su margen de ganancia*²²⁹.

La situación de los laboratorios nacionales no sólo es compleja por lo anterior ni por el baja inversión en investigación y desarrollo, sino porque tienen que competir con las grandes transnacionales tanto en publicidad, como ventas así como la calidad de los medicamentos, para lo cual la escasez de insumos y la complejidad de conocimientos a los que muchos investigadores brasileños no tienen acceso, lo que provoca que algunos medicamentos elaborados por laboratorios nacionales sean en ocasiones más caros que los producidos por las empresas extranjeras; para dirimir esta situación en los últimos años se le ha dado un fuerte impulso a la industria nacional y ciertos subsidios a los medicamentos producidos por farmacéuticas brasileñas, además de eso se ha impulsado la producción de genéricos, además de fomentar la producción nacional mediante la “ley de patentes de 1999 que requiere que los que poseen patentes en el país produzcan los medicamentos en el país en lugar de importarlos. Si no ocurre así el gobierno tiene el derecho de otorgar el poder de manufactura a otro productor, que puede ser nacional o extranjero”²³⁰.

El tamaño de la industria farmacéutica también está representado por las exportaciones y las importaciones que se llevan a cabo, ya que el 7.21% de la producción nacional es generado por la industria de los medicamentos y representa un rubro importante, aunque, las mayores ganancias no se quedan en el país porque el 85% de las ventas de la producción nacional es facturado por las empresas transnacionales que se llevan su capital extranjero.

Como puede verse, a pesar de los grandes esfuerzos del gobierno brasileño y del impulso que se le ha dado a la industria en los últimos años, se importan más medicamentos que los que se exportan, lo que resulta en una tendencia deficitaria desde hace 8 años. Las exportaciones no rebasan ni el 30% de las

²²⁹ Cilento Claudia. *Op. Cit.* p.21

²³⁰ Gottlieb, Scott. *Op.cit.* p.12

importaciones, lo que demuestra la dependencia que se tiene con las empresas transnacionales y la insuficiencia productiva que se tiene en el país. Debe aclararse que la mayoría de las importaciones responden a la lógica de importación de insumos y productos de las empresas transnacionales hacen a sus filiales en los países desarrollados y a la compra por parte del gobierno de medicamentos para abastecer el mercado interno. Los datos anteriores muestran la difícil situación en la que se encuentra la industria nacional y el control que en ella ejercen las transnacionales.

2.8.1. La presencia de las grandes farmacéuticas transnacionales

La industria farmacéutica en América Latina responde a características y circunstancias muy específicas, aspecto por el cual se instaura bajo parámetros distintos a los de los países desarrollados, en primera instancia existe una fuerte presencia de las farmacéuticas transnacionales “que se establecen en la región como subsidiarias”²³¹ o como filiales que se adaptan a las necesidades y exigencias de los Estados donde se encuentran, las cuales satisfacen “importando insumos y materias primas de sus matrices, en sus países industrializados. Aunado a ello, las grandes transnacionales llegan a ésta región por que la regulación de los estándares de producción en general y la exigencia en investigación y desarrollo es más laxa que en sus países”²³².

Lo anterior ha evidenciado la vulnerabilidad de ésta industria en los países en desarrollo, especialmente en los latinoamericanos ante los márgenes de acción y operación de las empresas transnacionales. Empero existen casos en donde estos factores les han permitido a algunos países de la región que “el desarrollo

²³¹ Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *La industria farmacéutica en Uruguay*. Consultado en www.dee.gob.ur, 15 de marzo de 2005. p. 3.

²³² *Idem*

de una industria farmacéutica nacional compita fuertemente con las filiales de las multinacionales”²³³.

El caso de Brasil responde a las características antes descritas porque existe una notable presencia de las empresas transnacionales y porque en éste país se han dado dos condiciones, la primera el control del mercado por parte de éstas farmacéuticas y la segunda que dicha presencia desarticuló la industria nacional en los años 70 y 80, pero en la actualidad está representando un reto para fortificar la industria nacional con la existencia de laboratorios brasileños que producen cada vez mayores cantidades de medicamentos y que invierten más en investigación y desarrollo.

Otra de las razones por la cual puede entenderse el interés de las farmacéuticas en Brasil es porque al ser uno de los mayores mercados farmacéuticos en América Latina desde finales de los años 60, representa un punto estratégico para la inversión y establecimiento de las grandes farmacéuticas transnacionales no sólo para la comercialización de sus productos sino también para la producción y la investigación de medicamentos por la disminución de costos y las diversas oportunidades que representa. Así como una ventaja potencial, en el abaratamiento de costos y mano de obra y por la ventaja de obtener materias primas del país con mayor facilidad. En este sentido es lógico que las mayores farmacéuticas transnacionales tengan en Brasil grandes filiales y centros de investigación. En Brasil se encuentran las farmacéuticas: *Pfizer-Pharmacia, Glaxo Smith-Kline, Eli Lilly, Bayer, Janssen-Cilag, Abbott Laboratories, AstraZeneca, Aventis, Upjohn, Johnson & Johnson, Wyeth, Merck, Merck Sharp and Dome (MSD), Roche, Bristol Myers-Squibb, Boehringer Ingelheim, Novartis, Schering A.G, Schering Plough, Bayer y Sankyo Co.*

Cabe señalar que por la importancia del mercado, Brasil representa un puente para poder producir y exportar medicamentos al resto de los países

²³³ *Idem*

latinoamericanos y los países en donde no logran tener presencia las grandes transnacionales.

La presencia de las empresas transnacionales en el país sudamericano tiene origen en el año de “1896 cuando la empresa Bayer de Alemania es representada por la empresa *Walty Lindt & Company*, que era la principal representante de los productos Bayer en el continente americano que después se llamó Blum & Cia, y en 1911 se establece la primer farmacéutica transnacional como tal y es *Bayer*”²³⁴, cabe mencionar que desde esa fecha a la actualidad la farmacéutica alemana se ha expandido notablemente teniendo en Brasil, plantas de producción, un centro de investigación y laboratorios para su división de medicina veterinaria, productos químicos y de material científico.

Posteriormente en “1923 se establece la filial de *Merck* en la ciudad de Palmira, Minas Gerais, Inicialmente sólo producía solventes y ácidos orgánicos, hasta que después de 10 años al cambiarse a Rio de Janeiro empezó a fabricar medicamentos. Actualmente *Merck* tiene 2 complejos industriales farmacéuticos en la región del Noreste y en Jacarepaguá y 2 plantas para la fabricación de fármacos, productos para diagnóstico clínico, de laboratorio, productos químicos específicos y productos para laboratorios”²³⁵.

Ese mismo año, la empresa alemana

“Schering A.G, estableció en Rio de Janeiro su fabrica de medicamentos, los cuales sólo importaba de Alemania, en 1954 cambia al nombre Berlimed y bajo esa marca empezó a comercializar los medicamentos en el país sudamericano, aspecto por el cual en 1958 construye su actual fábrica y comienza la producción de medicinas, en 1991, volvió a utilizar el nombre de Schering y se expandió para crear una fabrica en Sao Paulo, la cual es la más grande e importante de la empresa después de la matriz en Alemania. Además cuenta con un centro de abastecimiento de productos sólidos

²³⁴ Historia de Bayer en Brasil. Consultado en www.bayer.com.br/historia , el 14 de marzo de 2005.

²³⁵ Historia de Merck en Brasil. Consultado en www.merck.com.br/historia, el 14 de marzo de 2005.

*para toda América Latina y contribuye con el 10% de las exportaciones brasileñas en el área farmacéutica y ocupa la octava posición de los 10 mayores laboratorios en el país*²³⁶.

En donde actualmente tiene gran aceptación entre la población.

1926 representó la oportunidad para la expansión del complejo farmacéutico alemán *Schering Plough*, que en 1923 había logrado establecer en Rio de Janeiro una fábrica de medicamentos bajo la marca de Schering A.G, perteneciente al grupo alemán, razón por la cual instala su oficina de representación en Rio de Janeiro. “A partir de 1930 hasta 1954, la empresa cesa en sus actividades por la primera y segunda Guerra Mundial, puesto que importaba las medicinas y las materias primas de su matriz en Alemania. En 1954 vuelve a instalarse en el país con el nombre de *Berlimed* por los problemas que tuvo para mantener la empresa bajo ese nombre en Alemania”²³⁷ y por las modificaciones de la Segunda Guerra Mundial, además de las dificultades para mantener la planta en Brasil.

En la década de los años 60, la filial de *Schering Plough* en Estados Unidos es comprada, así como la planta en Brasil, la cual se convierte en una transnacional de Estados Unidos, así empieza la construcción de un moderno parque industrial farmacéutico en Jacarepaguá, Rio de Janeiro, el cual terminó en 1977; en 1989 un grupo de brasileños adquirió la mayoría de las acciones de la filial estadounidense en Rio de Janeiro, que se convirtió en la Industria Química y Farmacéutica *Schering Plough*, la cual es el resultado de la fusión de la empresa brasileña Mantefarma y de la compra mayoritaria de los brasileños de *Schering Plough* de Estados Unidos en Brasil. De esta manera ha crecido por parte de esta industria la producción y el abastecimiento de fármacos en el mercado nacional.

“En 1930, llegaron a Brasil los productos de la empresa farmacéutica *Eli Lilly*, la cual estableció su filial en 1944 en la ciudad de Sao Paulo, donde mantiene a la

²³⁶ Historia de Schering en Brasil. Consultado en la página www.schering.com.br, el 14 de marzo de 2005.

²³⁷ Historia de Schering Plough en Brasil. Consultado en la página www.scheringplough.br, el 15 de marzo de 2005.

fecha una fabrica y complejo industrial, así como oficinas para ventas en Rio de Janeiro, Sao Paulo y Goias, la farmacéutica desde su llegada a Brasil a la actualidad es uno de los mayores productores de medicamentos en el país”²³⁸ y no se ha expandido a otras categorías como la medicina veterinaria sino que se ha mantenido en la producción de farmacia humana y en biotecnología.

1931 también significó un año para el establecimiento de la filial de la farmacéutica suiza

“Roche en Rio de Janeiro, la política de expansión de la farmacéutica en Brasil se llevó a cabo en años posteriores, creando en 1978 una planta para la producción de medicamentos en Jaguaré, Sao Paulo, la cual se convierte en la fábrica más importante de la empresa y se lleva a cabo la instalación de plantas farmacéuticas en todo el país; la fábrica de Jacarepaguá, Rio de Janeiro, actualmente exporta para América Latina 25% dos comprimidos y medicamentos, así como de los líquidos esterilizados y 14% de los líquidos orales que produce”²³⁹.

El principal mercado de esta empresa es el nacional, y el argentino; los lugares de mayor exportación son Chile, Colombia, Ecuador, México y Venezuela.

La empresa farmacéutica estadounidense *Johnson & Johnson* estableció una filial en Brasil en el año de 1933, porque consideraba un mercado potencial en el país sudamericano para “la venta de medicamentos y productos de uso domestico, que en Brasil eran importados, así para finales de ese año, comenzó la producción de medicamentos, material quirúrgico y de dichos productos para abastecer las necesidades de la población”²⁴⁰. Desde esa fecha a la actualidad, *Johnson & Johnson* se ha expandido de manera notable, puesto que además de la primera fabrica de medicamentos en Rio de Janeiro han desarrollado un parque industrial en San José de los Campos, que concentra la mayoría de la producción de medicamentos de la marca en el país, además de un centro de investigaciones y de tecnología.

²³⁸ Historia de Eli Lilly en Brasil. Consultado en www.lilly.com.br/historia, el 14 de marzo de 2005

²³⁹ Historia de laboratorios Roche, consultado en www.roche.com.br, el 14 de marzo de 2005.

²⁴⁰ Historia de *Johnson & Johnson*, consultado en www.jnj.com.br, el 14 de marzo de 2005.

“Janssen-Cilag es una empresa farmacéutica que pertenece al grupo de Johnson & Johnson y que llegó a Brasil en 1937”²⁴¹y desde esa época empezó la producción de medicinas en la planta de Rio de Janeiro de Johnson & Johnson, cabe mencionar que Janssen-Cilag no tiene fabricas o empresas propias sino que al pertenecer al grupo antes referido comparte sus instalaciones, al tener una división de productos farmacéuticos de la marca produciendo medicamentos de ambas marcas en las mismas plantas farmacéuticas.

En 1937 también llegó a Brasil la farmacéutica Abbott, como consecuencia de una fase de expansión del mercado farmacéutico, creando una planta de producción de medicinas en Jacarepaguá, Rio de Janeiro para el abastecimiento de la zona, además de oficinas centrales en Sao paulo, y oficinas comerciales en Belo Horizonte, Sao Paulo, Porto Alegre y Recife; en 2001, compró el grupo farmacéutico BASF y la empresa farmacéutica *Knoll*, lo cual representó mayor fuerza a nivel internacional y lo ayudó a tener una mejor posición en el mercado farmacéutico brasileño, donde se encuentra dentro de las 7 mayores industrias farmacéuticas en el país. En este sentido, hay que decir que la adquisición de dichas compañías ayudó a los laboratorios *Abbott* en la diversificación de categorías farmacéuticas y terapéuticas como la de la creación de la división de medicamentos para el SIDA

La empresa “*Bristol Myers-Squibb*” llegó en 1944, pero no como la transnacional que hoy conocemos resultado de diversas fusiones sino como el laboratorio *Squibb*, el cual fue “instalado ese mismo año como consecuencia de la política de expansión de la empresa *Squibb* en el mundo y para incentivar la fabricación de la penicilina, 5 años después la empresa *Bristol Myers* estableció en 1949 su laboratorio en Brasil para dedicarse a la producción de medicamentos y productos de laboratorio”²⁴². Cuando se fusionaron Bristol Myers y Squibb se expandió la empresa y empezaron en el 2003 todo un proceso de incremento en la producción de fármacos.

²⁴¹ Historia de Janssen-Cilag, consultado en www.janssencilag.com.br , el 14 de marzo de 2005.

²⁴² Historia de Bristol Myers-Squibb, consultado en www.bristol.com.br/historia, 14 de marzo de 2005.

La empresa estadounidense Wyeth llegó a Brasil en:

“1949 cuando se asoció con el Instituto de medicamentos Fontoura, al cual vendía grandes cantidades de penicilina, razón por la cual surge la empresa Wyeth Brasil bajo la denominación de industrias farmacéuticas Fontoura-Wyeth, posteriormente en 1954 crearon la primer fábrica de Penicilina en América del Sur con sede en Sao Paulo, vinculada al centro de tecnología científica de Wyeth en Filadelfia, Estados Unidos; razón por la cual esta farmacéutica se convierte en la primer empresa en vender penicilina inyectable en la región y en el primer productor y abastecedor de antibióticos en América del Sur. La empresa continuó expandiéndose hasta que en 1992, dejó de ser de capital nacional y extranjero, puesto que la parte brasileña representada por los laboratorios Fontoura vendieron su parte a Wyeth, razón por la cual se asocia Wyeth con otra empresa estadounidense y se erige como Wyeth-White hall Ltda., que incluía la división de White-hall Ltda. De medicamentos de venta libre; en 1994, Wyeth compra el laboratorio brasileño Syntex , por lo que comienza la producción de medicamentos cardiovasculares y de salud femenina desarrollando las divisiones y la producción de categorías terapéuticas del laboratorio brasileño. Así, logra en 1999 crear su planta de fármacos más grande para llevar a cabo su estrategia de crear una planta de excelencia para la producción global de medicamentos”²⁴³.

En 1952 llegó a Brasil la compañía estadounidense *Merck & Co Inc.* “Con la denominación de *Merck* Estados Unidos para la importación y distribución de productos químicos, farmacéuticos y veterinarios. En 1953 se fusiona con la farmacéutica estadounidense *Sharp and Dome*, nombre con el que se establece su fábrica de productos”²⁴⁴; desde esa época hasta la actualidad la subsidiaria ha logrado ubicarse como una de las empresas de mayor productividad en el país y con mayor presencia en el mundo.

²⁴³ Historia de Wyeth en Brasil. Consultado en www.wyeth.com.br , el 14 de marzo de 2005.

²⁴⁴ Historia de Merck Sharp and Dome en Brasil. Consultado en www.msd-brazil.com, el 15 de marzo de 2005

La empresa alemana *Boehringer Ingelheim* también al igual que las otras buscó expandirse para aumentar su mercado, razón por la cual llegó a “Brasil en 1956, año en el que empezó a comercializar productos que importaba de su matriz en Alemania, posteriormente, construyó una fábrica para la elaboración de sus productos farmacéuticos con insumos alemanes y materias primas brasileñas”²⁴⁵. Actualmente produce grandes cantidades de medicamentos de venta libre y de prescripción médica. *Boehringer Ingelheim* es considerada una de las farmacéuticas más importantes en Brasil.

Por otra parte, la empresa *Pfizer* llegó a Brasil en 1961, como resultado de una política de expansión de la farmacéutica estadounidense en el Cono sur, así como buscando nuevas alternativas en el estudio e investigación de plantas y especies vegetales de la Amazonas, desde esa fecha ha incrementado el número de plantas industriales, puesto que existen en el país 8 fábricas de medicamentos tanto de la salud humana como la animal y un centro de investigaciones y desarrollo científico. En este sentido Pfizer ha logrado tener mayor presencia en el país por las distintas fusiones que realizó en primera instancia en el año “2000 con *Warner Lambert* y en el 2002 con la adquisición del empresa *Pharmacia*, convirtiéndose así la más grande empresa farmacéutica a nivel internacional”²⁴⁶ y controlando el 12% del mercado mundial de medicinas. En este sentido, hay que decir, Brasil es un país muy importante para la empresa farmacéutica en lo que respecta a la división de investigación y desarrollo científico-tecnológico de nuevos medicamentos.

En 1961, también llegó a Brasil la farmacéutica británica *Smith Kline Beckman*, buscando mayor presencia en el mercado latinoamericano que empezaba a ser significativo a nivel internacional, para cumplir dicho objetivo creó una planta industrial farmacéutica y algunas oficinas administrativas y de representación de ventas; en el 2002, cuando la empresa se fusiona con *Glaxo Wellcome*, se

²⁴⁵ Historia de Boehringer Ingelheim. Consultado en www.boehringer-ingelheim.com.br, 15 de marzo de 2005.

²⁴⁶ Historia de Pfizer en Brasil. Consultado en www.pfizer.com.br, el 14 de marzo de 2005.

empieza a construir “dos grandes fabricas en Rio de Janeiro y establece a éstas como la sede de la farmacéutica en América Latina por la importancia del mercado, puesto que sus dos plantas producen medicamentos para el abastecimiento del mercado nacional, pero están incentivando la producción para vender sus productos en el MERCOSUR y en algunos países de Asia y África, que son socios comerciales de Brasil, para lograr lo anterior ha invertido \$250 millones de dólares”²⁴⁷ y ha establecido un laboratorio en sus instalaciones para realizar investigaciones para la creación de nuevos fármacos.

A Principios de la década de los años 70, la empresa japonesa *Sankyo* buscó expandir el mercado y crear fabricas en los países a los que exportaba sus medicamentos, esos países fueron Brasil y Estados Unidos en el continente americano. “La farmacéutica estableció en Brasil una planta de alta tecnología para incrementar la producción de fármacos que tenía en su país, desde su llegada la farmacéutica no se ha preocupado por incrementar el número de fábricas en el país sudamericano, sino sólo aumentar la producción, convirtiendo su única planta en Alphaville, Sao Paulo, en una de las plantas globales de la corporación *Sankyo* en el mundo”²⁴⁸.

Aventis, la farmacéutica francesa se estableció:

*“a principios de 1980, como el grupo Sanofi-Synthelabo estableciendo una fabrica de medicamentos para abastecer el mercado nacional y el mercado Sudamericano, respondiendo a su política de expansión, pues pensó 3 laboratorios en 3 países estratégicos el primero en Ciudad de México para tener presencia en ahí y en Centroamérica, en Cali Colombia para producir en la zona de los Andes y en Brasil para abastecer la región Sudamericana”*²⁴⁹.

En Rio de Janeiro estableció un centro de investigación y desarrollo y cuando se fusionó con *Aventis* para crear el grupo *Aventis syntelabo*, se mantuvieron los dos laboratorios en Brasil y se incremento la producción de medicamentos para

²⁴⁷ Historia de Glaxo Smith-Kline en Brasil. Consultado en www.gsk.com.br, el 15 de marzo de 2005

²⁴⁸ Historia de Sankyo en Brasil. Consultado en www.sankyo.com.br, el 15 de marzo de 2005.

²⁴⁹ Historia de Aventis en Brasil. Consultado en www.sanofi-synthelabo.com.br, el 14 de marzo de 2005.

abastecer la zona de Sudamérica y exportar medicinas fabricadas ahí a otros países.

Novartis, la farmacéutica suiza se estableció en Brasil en “1997 para establecer una planta y realizar la fabricación y comercialización de medicamentos en el país y en toda Sudamérica, la cual tiene considerada como una de sus 10 plantas más importantes en el mundo y más estratégica. La empresa *Novartis* además de producir medicamentos, productos para la salud como nutricionales y papillas para bebé (*Gerber*), acaba de adquirir la empresa *Hexal AG*, fabricante alemana de medicamentos genéricos”²⁵⁰ y con esa fusión creó en Brasil *Sandoz* que va a ser la productora y comercializadora de la nueva línea de medicamentos genéricos de *Novartis* en Brasil.

La farmacéutica sueca-inglesa “*Astra-Zeneca* en Brasil fue constituida en 1999, cuando estableció una sede administrativa en Cotia, Sao Paulo y una planta de producción en donde maneja desde esa fecha dos divisiones: una farmacéutica y la otra oncológica-hospitalaria”²⁵¹, la primera produce y comercializa productos para tratamientos cardiológicos, respiratorios y gastrointestinales. La segunda se dedica a la producción y comercialización de productos oncológicos y para uso hospitalario.

Como bien puede observarse en Brasil existe una gran presencia de las empresas farmacéuticas transnacionales, debido a las características antes mencionadas. En el caso de Brasil es muy claro que todas éstas filiales han abastecido el mercado interno, pero ha sido para satisfacer sus intereses y no para incentivar la industria de este rubro en el país, por el contrario, la presencia de tantas demuestra que en algún tiempo mermaron y coartaron el desarrollo de la industria nacional como posteriormente se verá. De igual manera, la existencia de las farmacéuticas transnacionales ha servido para exportar y distribuir sus

²⁵⁰ Historia de *Novartis* en Brasil. Consultado en www.novartis.com.br, el 15 de marzo de 2005.

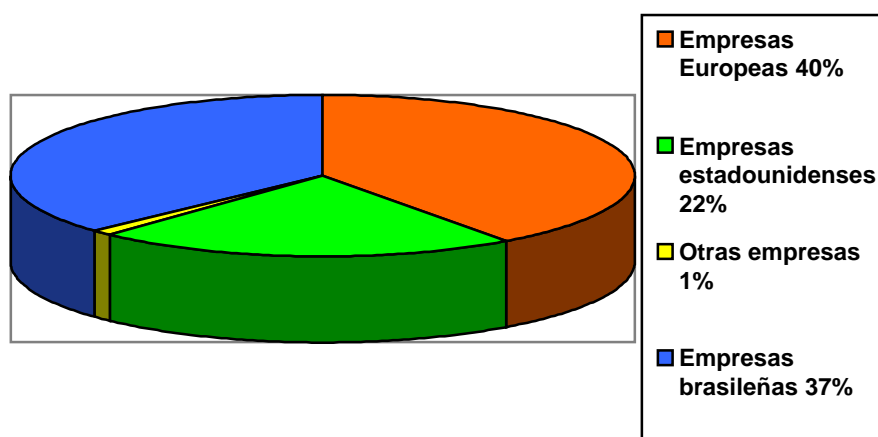
²⁵¹ Historia de *Astra-Zeneca* en Brasil. Consultado en www.astrazeneca.com.br, el 14 de marzo de 2005.

productos a otros países de la región, pues ese fue el objetivo inicial de su llegada.

Por otra parte, el desarrollo de complejos industriales de estas empresas incentivó la creación de nuevos laboratorios o la fortificación de los ya existentes, pero hay que señalar que el mercado farmacéutico brasileño está controlado por las empresas transnacionales que tienen el 63% del mismo, en tanto que la participación nacional, aunque ha crecido en los últimos años, sólo se reduce al 37%.

Gráfica N°12

Mercado farmacéutico en Brasil distribución de las ventas según el origen del capital. (Marzo 2005)



Fuente: Laboratorios brasileños Apsen. Consultado en www.apsen.com.br/perfil. El 10 de abril de 2005.

2.8.1.1. La relación de Brasil con las grandes farmacéuticas

Bajo el contexto anterior, Brasil ha tenido que compartir el mercado farmacéutico con las empresas transnacionales, razón por la cual la industria nacional ha estado fuertemente influenciada por éstas.

En ese sentido, los procesos de producción y las técnicas de extracción de sustancias químicas también se vieron afectados por las filiales extranjeras en los inicios de la farmacéutica en el país sudamericano.

Durante los años 50, el gobierno empezó a darle a la industria farmacéutica fuertes incentivos para la industria farmacéutica, pero las grandes empresas extranjeras de alguna manera obstaculizaron el crecimiento de ésta, porque los laboratorios nacionales no podían competir con las grandes cantidades de dinero que éstas empresas destinaban a la investigación y desarrollo, además de que por la importación de insumos de sus matrices, los costos se abarataban y no podían competir con los precios de los medicamentos, por eso empieza a darse en Brasil a finales de esa década y principios de la siguiente empieza a darse un factor de la imitación de los medicamentos que caracterizó a los laboratorios hasta mediados de 1990, por la poca tecnología e inversión científica; es por esta razón que la relación de Brasil con las farmacéuticas ha estado marcada por el poder de éstas en el país y por la competencia que ha representado para la producción nacional.

En Brasil, desde los últimos 17 años las empresas transnacionales han tenido el control de la industria, pero en los últimos 10 años ha sobrepasado el 60%, puesto que en “1996y 1997, las empresas transnacionales facturaron el 85% de la producción de fármacos en ese país y por ende obtuvieron ese porcentaje de las ventas de esos años”²⁵² .

A pesar de controlar el mercado y ser los mayores productores, las empresas transnacionales estaban siendo afectadas por el proceso imitativo de los laboratorios nacionales, lo que ocasionó que en Brasil existieran durante mucho tiempo medicamentos similares o fantasía, así como medicamentos genéricos por la inexistencia de leyes que regularan la producción de estos medicamentos.

²⁵² Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *Op. Cit.* p.4

Por lo anterior, cuando el país sudamericano firmó el ADPIC, las filiales transnacionales esperaban una reforma inmediata para que se sancionara y erradicara la fabricación de medicamentos similares y en especial de genéricos, pero como se creó una ley sobre propiedad intelectual y hasta 1999 se añadieron algunas disposiciones específicas sobre el tema a leyes que no lo contemplaban, las presiones de las farmacéuticas transnacionales comenzaron y eso repercutió en la relación de las empresas con el país.

Cabe señalar que al mismo tiempo que las empresas ejercían exigencias en el tema, las condiciones de salud empeoraban en el país y el SIDA era determinado como amenaza a la seguridad nacional, razón por la cual, Brasil se amparó en las excepciones del ADPIC, que había firmado para la producción de medicamentos genéricos, lo que conllevó a que las empresas transnacionales se quejaron amenazaran con demandar al país ante la OMC vía la representación de sus Estados. Para lograrlo se quejaron ante sus países y como la situación no cambio, Estados Unidos, que era el país que tenía más empresas farmacéuticas con ese problema “estableció una demanda ante la OMC en febrero de 2001”²⁵³

La postura más rígida fue la de las empresas estadounidenses *Abbott, Merck Sharp and Dome, Bristol Myers-Squibb* y de la empresa alemana Hoffman-La Roche, lo anterior obedece a que cada una de estas empresas “fabrica un medicamento componente para la elaboración del “cóctel” utilizado para el tratamiento del SIDA”.²⁵⁴ En ese sentido resulta lógico entender porque querían la protección de la patente de medicamentos y especialmente de los del tratamiento contra el SIDA, ya que al aumentar de manera notable esta enfermedad en el país, aumentarían las ventas de estos medicamentos, razón por la cual no era redituable permitir que se fabricaran versiones genéricas de estos medicamentos, para lo cual se ampararon en el ADPIC de la OMC, del cual Brasil es signatario; empero, la opinión pública y los medios de comunicación

²⁵³Gottlieb, Scott. “Estados Unidos cede y permite que Brasil produzca medicamentos baratos” en *British Medical Journal*. 2001. Núm 323. p.12

²⁵⁴ Fuerza informativa Azteca. Laboratorios bajan precios para el SIDA en Brasil. 16 de enero de 2004. consultado en www.azteca.com.mx, el 4 de febrero de 2004.

condenaron de manera enfática la acción de Estados Unidos, lo que fue una de las razones por las que “la administración de George W. Bush decidió retirar la demanda ante la OMC”²⁵⁵ y empezar a negociar con Brasil la protección de la propiedad intelectual y la producción de medicamentos genéricos.

En este sentido, considero que la relación de las empresas transnacionales con el gobierno brasileño no fue muy cordial, ya que desde que se estableció la demanda ante la OMC, existió un clima de tensión, aunado a ello, después de el retiro de la demanda, “Brasil buscó negociar con las farmacéuticas antes mencionadas una reducción notable de precios de las medicinas”²⁵⁶ para poder abastecer a la población infectada y en especial a la de menos recursos.

Las negociaciones entre las farmacéuticas y Brasil no han sido muy ventajosas, puesto que a principios del 2004, logró obtener el 37% de descuento de estas farmacéuticas para abaratar los costos y restringir la producción de medicamentos genéricos, lo cual no fue un avance, sino más bien se ve como un retroceso. Sin embargo, el gobierno brasileño ha logrado proteger de alguna manera el acceso a medicamentos de su población al “emitir un decreto que permite la importación de fármacos genéricos para combatir el SIDA sin el consentimiento de las compañías farmacéuticas que tienen la patente, ya que el país podrá importar o producir cualquier medicamento genérico en caso de una emergencia nacional o de interés de salud pública como es actualmente el caso del SIDA”²⁵⁷

Por lo anterior, es lógico que exista una relación muy difícil y tensa actualmente entre el gobierno brasileño y las empresas transnacionales, especialmente porque con iniciativas y leyes como las que está utilizando el país sudamericano para proteger a su población, las empresas farmacéuticas tendrán que negociar

²⁵⁵ Gottlieb, Scott. *Op. Cit.*

²⁵⁶ CNN en español. “Brasil abre las puertas para la importación de fármacos genéricos contra el SIDA” *Noticiero CNN en español*. 5 de septiembre de 2003. Consultado en www.cnnespañol.com, el 20 de febrero de 2004.

²⁵⁷ *Idem*

la disminución de precios o buscar nuevas alternativas para seguir controlando el mercado farmacéutico en ese país y tener la presencia que desde hace décadas tienen ahí; puesto que la compleja situación en materia de salud y el reclamo social están demandando de manera urgente la acción del gobierno en la industria farmacéutica, para hacer a los medicamentos más asequibles y evitar que la gente muera a causa de enfermedades que son curables como la tuberculosis.

De igual manera, es importante señalar que para las empresas farmacéuticas transnacionales Brasil es un mercado muy importante, por el tamaño de su población y por las características antes mencionadas y por eso no pueden perderlo o permitir que sea amenazado por las importaciones de genéricos de otros países en desarrollo o por los laboratorios nacionales.

2.8.1.2. El poder de las farmacéuticas en Brasil

Es claro que las características de la industria farmacéutica en Brasil han originado e incentivado el poder de las farmacéuticas transnacionales, las cuales al controlar el 70% del mercado pueden llevar a cabo acciones para incrementar sus márgenes de ganancia como la importación de productos terminados de sus países que sólo comercializan.

Por otra parte, al tener controlado el mercado y estar conscientes de que la industria nacional invierte muy pocas cantidades en investigación y desarrollo, las farmacéuticas hacen uso de tácticas como las que llevan a cabo en sus países, una de ellas que les ayuda a mantener control y poder es la modificación de formulas de medicamentos que han sido exitosos, los cuales venden como resultado de procesos inventivos, con mejorías y ventajas sobre los demás productos comprobadas científicamente, lo cual les ayuda a “mantener la confiabilidad y fidelidad de los consumidores que creen en el prestigio de la marca” y a generar nuevas patentes aduciendo que son productos nuevos e

innovadores cuando no es así; lo anterior junto con la maquila de los medicamentos sólo ayuda a preservar el poder que éstas compañías tienen, las cuales no sólo controlan el mercado interno, ni obtienen grandes ganancias abaratando sus costos de producción sino que también influyen en las condiciones de acceso a fármacos.

2.8.2. Laboratorios nacionales y Centros de Investigación

Brasil como se mencionó anteriormente cuenta con una fuerte presencia de farmacéuticas transnacionales que controlan el mercado, por esa razón la existencia de los laboratorios nacionales es minoritaria, pues pasó en la década de los años 90 “por un proceso de liberalización comercial que llevó la modernización y el aumento de la productividad en varios sectores industriales, especialmente en la farmacéutica”²⁵⁸, sin embargo dicho proceso de liberalización no consiguió aumentar las exportaciones en éste rubro, por el contrario las disminuyó, lo que repercutió en que se creara una dependencia de las importaciones y del oligopolio farmacéutico transnacional que se consolidó entre los años 80 y 90, situación que difícilmente podrá cambiar en la actualidad.

Una de las características que ha afectado el incremento de los laboratorios nacionales ha sido precisamente el factor antes señalado, así como el abastecimiento de principios activos y la reputación de las marcas de los laboratorios extranjeros, que controlan la producción y comercialización de fármacos en el país, y que significan para la población una muestra de calidad en bienes esenciales para el mantenimiento de la salud; para la fortificación de la industria farmacéutica nacional y su expansión se necesita contar, según la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) con la eliminación de barreras económicas, políticas e institucionales, fases evolutivas para el crecimiento y el desarrollo de la industria: 1) Investigación y desarrollo, 2)

²⁵⁸Xavier de Lemos Campanema, Luciana e Lins Palmeira Filho, Pedro. *A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção*. BNDES Sectorial, núm.19, Rio de Janeiro, marzo de 2004. p.26

producción de farmacéuticos, 3) producción de especialidades médicas y 4) publicidad y comercialización de las especialidades farmacéuticas) y el apoyo de políticas de mediano y largo plazo tanto de las mismas empresas como del gobierno.

Cabe mencionar “que la mayoría de las subsidiarias de las transnacionales en el país opera en la tercera y cuarta etapa y algunas en la segunda, pues tan sólo en los últimos años, un porcentaje mínimo de éstas filiales han empezado a desarrollar la primera etapa”²⁵⁹

En el caso de los “laboratorios nacionales, debe decirse que sólo operan en la tercera y cuarta etapa, muy pocas que desarrollan la segunda y las dos anteriores y sólo tres que desarrollan la primera y las otras tres”²⁶⁰.

Brasil cuenta con 17 laboratorios públicos, federales y estatales, cuya producción abastece al Ministerio de Salud y a las secretarías de Salud, entre los cuales se encuentran los “pertenecientes a las Fuerzas Armadas, Universidades, estados y municipios. El laboratorio Far-Manguinhos, ubicado en Rio de Janeiro es el más importante, puesto que produce mil millones de unidades farmacéuticas por año, facturando 211 millones de reales, lo que implica que cubre el 40% de los medicamentos que el Estado distribuye en el Sistema único de Salud (S.U.S)”²⁶¹.

El grado de diversificación de estos laboratorios es mínima, ya que se especializan en la producción de medicamentos contra el SIDA, los cuales abastecen a la mayoría de la población que padece la enfermedad y son gratuitos, “ de los laboratorios estatales Far-Manguinhos, es el más grande de los estatales y produce el 65% a nivel nacional de medicamentos para el SIDA y es receptor del 72% del presupuesto estatal que se destina a este fin”²⁶²; estos laboratorios también producen vacunas, que abastecen a todo el sector público.

²⁵⁹ *Idem*

²⁶⁰ *Idem*

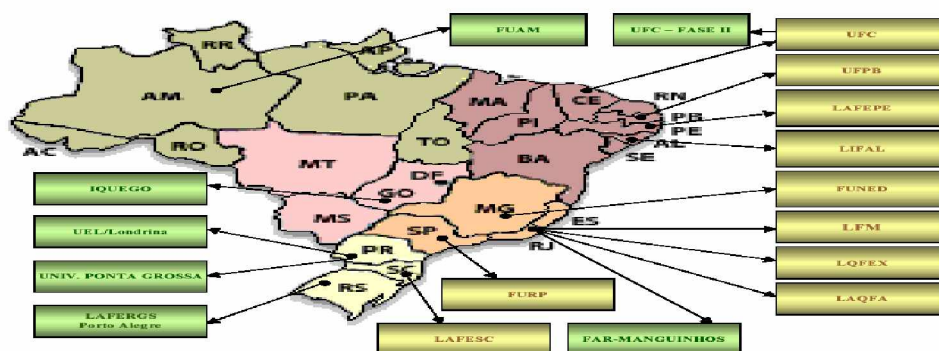
²⁶¹ Gutierrez, Alicia. “laboratorios estatales en Brasil” en *El diario de Posadas*. 24 de enero de 2003, argentina. p. 12, consultado en www.diarioposadas.ar el 19 de marzo de 2004.

²⁶² *Idem*

Razón por la cual Brasil ha podido negociar con los laboratorios extranjeros que fabrican medicinas para el tratamiento del SIDA, descuentos de hasta el 40%.

Además de los laboratorios estatales existen varios centros de investigación en Brasil, los privados de capital nacional, los de algunas de las más grandes transnacionales, los que pertenecen a las universidades públicas como la de Rio de Janeiro y Sao Paulo y los estatales, dentro de los estatales se encuentran el centro de investigación del laboratorio Far-Manguinhos y el del laboratorio Bio-Manguinhos, el primero produce medicamentos para las enfermedades endémicas, que los laboratorios transnacionales denominan enfermedades de países pobres y que no producen por considerarlos de baja rentabilidad como la tuberculosis, la malaria, la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y la esquistosomiasis. El segundo “produce vacunas para la fiebre amarilla, el sarampión, la poliomielitis, difteria, tétanos y meningitis, las vacunas que produce son únicamente para el sector salud y se entregan de forma gratuita como parte de las políticas sanitarias nacionales y el excedente se exporta o se vende a los laboratorios nacionales privados”²⁶³.

Mapa Nº4. Laboratorios Estatales en Brasil



Cada uno de estos laboratorios está ubicado de manera que ninguno de los 26 estados y el Distrito Federal queden fuera del área y eso los excluya del abastecimiento de medicamentos producidos por el Estado. Fuente: Ministerio de Salud-Secretaría de Ciencia, Tecnología e insumos estratégicos. Departamento de Asistencia Farmacéutica.

²⁶³ *Idem*

Con respecto a los laboratorios brasileños privados, existen 49 de capital exclusivamente brasileño, los cuales intensificaron sus actividades y producción a principios de la década de los años 90, empero para hacerlo tuvieron que aumentar sus importaciones en materias primas. Cabe señalar que la mayoría de los laboratorios nacionales producen medicamentos genéricos, además de los medicamentos de patente, los cuales son aún muy poco, razón por la cual “las exportaciones de estos medicamentos es aún incipiente”²⁶⁴.

En este sentido cabe señalar que de éstos 49, sólo 1 compite de manera homogeneizada con las 11 transnacionales que controlan el 45% del mercado nacional en donde logra tener una participación muy importante, ese laboratorio es Aché el cual fue fundada en los años 30 por el francés Philippe Aché en Sao Paulo, pero fue comprada a mediados de los años 60 por la farmacéutica brasileña Productor de Productos farmacéuticos en Sao Paulo, que se fundó en 1965, “12 años después adquirió la empresa italiana *Bracco-Novoterápica* para llevar a cabo una estrategia comercial de expansión para tener mayor penetración y venta en el mercado nacional. Posteriormente en 1982 compró la farmacéutica estadounidense *Park Davis* para producir y comercializar sus medicamentos, que formaba parte del grupo *Warner Lambert* y en 1988 formó una sociedad con *Merck Sharp and Dome*, que en esa época era el mayor laboratorio del mundo”²⁶⁵, para aumentar la producción y la comercialización de sus productos, razón por la cual construyó 6 plantas industriales. Por todo esto, puede entenderse que este laboratorio brasileño haya logrado mantenerse y tener una participación significativa en el mercado nacional.

Los laboratorios nacionales tienen la gran desventaja frente a los transnacionales, la poca inversión en investigación y por la falta de tecnología la creación de medicamentos genéricos.

²⁶⁴Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op.Cit.* p. 151

²⁶⁵ La historia de Laboratorios Aché. Consultado en www.ache.com.br/historia. Consultado el 15 de marzo de 2005.

Cuadro N°13 Farmacéuticas brasileñas

Empresa	Año en que fue fundada	Tipo de medicamentos que produce
Aché	1965	Medicamentos de patente
Apsen	1960	medicamentos de patente y Centro de Investigación y desarrollo de fármacos
Aristón	1960	medicamentos de patente, antibióticos y una línea hospitalaria.
Ativus		medicamentos genéricos, multivitaminicos y es el segundo productor de medicamentos fito terapéuticos ²⁶⁶
Barrene	1925	Medicamentos fitoterapeuticos
Biochimico	1925	Medicamentos de patente
Biofarma	1985	Medicamentos biológicos y fitoterapeuticos
Biolab		Medicamentos biológicos
Brasterapica	1973	Medicamentos biológicos
Baldarassi		Medicamentos
Belfar	1974	Medicamentos
Biosintetica	1989	Medicamentos biológicos
Bunker		Medicamentos genéricos
Laboratorio Caterinense		Medicamentos biológicos y fitoterapéuticos
Darrow Laboratorios	1968	Medicamentos
Daudt	1882	Medicamentos de patente y odontológicos
Ducto		Medicamentos de libre demanda

²⁶⁶ Según el laboratorio brasileño Hebron un medicamento fitoterapéutico es aquel cuyo principio activo es extraído directamente de las plantas. Para ser considerado medicamento el producto necesita ser comprobado científicamente y ser sometido a una serie de procedimientos y control de calidad.

EMS Sigma Pharma	1950	Medicamentos genéricos
Laboratorio Eversil	---	Medicamentos genéricos y de patente
Farmoquímica	1930	Medicamentos de patente
FARMARIN	1988	produce medicamentos para la hemodiálisis
Fontovit	---	Fitoterapeuticos, de patente, fabricación de nutricionales y vitamínicos
Geyer	1929	Medicamentos biológicos
Geolab	1960	Medicamentos sin prescripción y hospitalaria
Green Pharma	1989	Medicamentos de patente
Laboratorio Goulart	1914	Medicamentos bioquímicos
laboratorio Granada	1870	Medicamentos de patente, vitamínicos y tienen una línea de farmacias donde venden sus productos
Laboratorio Gross	1926	Productos farmacéuticos y odontológicos
Halexitar	1959	Fármacos de patente, genéricos y línea hospitalaria
Hebron	---	Medicinas fitoterapeuticas de patente de prescripción médica
Hertz medicamentos	1949	Medicamentos fitoterapeuticos, de patente de prescripción médica y de venta libre
Labsimoes	1950	Medicamentos Fitoterapeuticos, homeopáticos, alopáticos y veterinarios
Lasa	1971	Medicamentos de patente
Libbs	1958	Medicamentos de patente, sustancias químicas y materia prima de medicamentos

Laboratorio Luper	1943	Medicamentos de patente, sin prescripción médica y genéricos
Laboratorio Musa	---	Medicamentos
Makrofarma	---	Medicamentos
Medquímica	1975	Medicamentos de patente sin prescripción y línea hospitalaria
Neoquímica	1959	Productos genéricos y similares sin prescripción médica y hacen estudios de bioequivalencia
Nortecquímica	1980	Antivirales, fármacos para el SIDA y medicamentos de patente
Quiral Química de Brasil		Medicinas de patente y centro de investigación farmacéutica
Samal	1960	Medicamentos sin prescripción médica, genéricos y de patente
Sanval	---	genéricos
Sintefina Vitopan, UCI farma	1988	Medicamentos de patente, invierte mucho en investigación y desarrollo
Teuto brasileño		Medicamentos genéricos, de patente de venta libre y línea hospitalaria
Laboratorios Texon TKS	1978	sueros
Vitopan	1972	Medicamentos de venta libre y de patente principalmente analgésicos
UCI farma	---	Medicinas de patente

Fuente: Elaboración de la autora con datos de la Asociación de Laboratorios nacionales (ALANAC) de los sitios en internet de las farmacéuticas enumeradas. Consultado el 20 de Abril de 2005.

2.8.2.1. Estrategias de los laboratorios nacionales

Aunque los laboratorios nacionales no son muchos y no controlan la mayor parte del mercado, comparten entre sí diversas estrategias para mantener su producción y seguir existiendo en la industria. La principal fue que durante mediados de los años 80 y toda la década de los 90, la industria nacional se vio muy afectada por el control excesivo que tenían los laboratorios transnacionales, debido a la liberalización económica que dejó completamente desprotegida a la industria, además de que por el seguimiento de las disposiciones del Consenso de Washington, Brasil tuvo varias crisis económicas a lo largo de este período, lo que repercutió terriblemente en la industria farmacéutica, así como el aumento de las importaciones, puesto que “las instituciones gubernamentales dejaron de comprar los medicamentos a los laboratorios nacionales y aumentaron sus importaciones a las grandes filiales de los laboratorios extranjeros por la apertura de licitaciones internacionales para las compras del sector público”²⁶⁷; además de ello, a mediados de la década pasada, las grandes farmacéuticas lograron la liberalización de los precios y por ende ser ellas las que los regularan de sus productos sin la intervención del gobierno, lo que sin duda tuvo consecuencias para los laboratorios brasileños.

Bajo este panorama, la situación de las compañías nacionales fue muy difícil en el período mencionado, razón por la cual algunos laboratorios cierran definitivamente o son absorbidos por los laboratorios más grandes y los extranjeros. Dejan de producir muchos medicamentos por la compleja situación económica que se vivía en el país después de la crisis de 1995, se vuelven dependientes de la importación de insumos y materias primas, por la falta de capacidad adquisitiva para adquirir materias primas básicas nacionales, las cuales elevaron notablemente sus precios por la inestabilidad económica. Lo que tiene como consecuencia que hayan dejado de competir en su mayoría con las grandes subsidiarias transnacionales. Incluso las “dos terceras partes de la

²⁶⁷ Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op.Cit.* p.150

incipiente producción nacional son exportada a los algunos países de América Latina y Centroamérica”²⁶⁸.

En este sentido, después de que el país se recupera económicamente, la estrategia que ven los brasileños es incentivar la industria farmacéutica, para que ésta pueda subsistir; las estrategias que determinan que pueden llevar a cabo debido al contexto nacional e internacional era seguir manteniendo un proceso imitativo pero de alta calidad, para lo cual comienzan la fabricación de medicamentos genéricos y similares, así como la fabricación de medicamentos utilizando sus recursos naturales como materia prima, que es una de las mayores riquezas de Brasil, y el potencial científico-tecnológico de los institutos de investigación de las universidades, logrando así estrechas relaciones para la creación de nuevos medicamentos como lo hacen las grandes transnacionales en sus países. Bajo esta estrategia surgió una nueva generación de los medicamentos fitoterapéuticos, Puesto que algunos laboratorios como el Goulart y el Limoes ya habían desarrollado con antelación (1914 y1950 respectivamente).

Otra de las estrategias fue exportar los medicamentos genéricos que producían a otros países en desarrollo o menos desarrollados, que tenían una situación más compleja que la suya y eran amenazados por el aumento de casos de SIDA y la proliferación de enfermedades para las cuales ellos producían genéricos, así como para enfermedades relegadas como la de Chagas; sin embargo, cabe mencionar que los laboratorios brasileños no logran exportar a países como India o China que si tienen una industria farmacéutica fortificada, los cuales importan a Brasil grandes cantidades de fármacos, pero empiezan a exportar a mercados de países africanos, con los que tenían relaciones por ser también ex colonias portuguesas.

²⁶⁸ *Ibidem* p. 151

Otra de las estrategias que llevan a cabo en su mayoría es la utilización del *BO* para disminuir los costos de publicidad y mercadotecnia, en los que invierten grandes cantidades las transnacionales y utilizar ese monto en producción.

Por otra parte, han empezado a invertir en investigación y tecnología, estableciendo relaciones con los centros de investigación estatales como el de Far-manguinhos y con los pertenecientes a las universidades e institutos científicos de las mismas o nacionales, aunque en la actualidad sólo sean 3 de 49.

Las disposiciones gubernamentales también han ayudado a la industria, puesto que desde el período de Fernando Henrique Cardoso se ha buscado dar mayor apoyo a este sector, para lo cual la creación de un programa específico para la farmacéutica nacional del Banco Nacional de Desarrollo Social que busca:

“incentivar la producción nacional y disminuir las importaciones de productos y de materias primas en este rubro, lograr invertir más en la investigación medico-farmacéutica nacional, para romper la dependencia con el exterior, impulsar el potencial de biodiversidad brasileño para la producción, consumo y exportación de medicamentos fitoterapéuticos, la producción de medicamentos para enfermedades mal llamadas de países pobres u olvidadas, el desarrollo de productos por medio de la biotecnología, la producción de genéricos y el impulso para la fusión y adquisición de empresas nacionales para lograr tener mayor presencia en el mercado nacional”²⁶⁹.

El estímulo de la política gubernamental de producir medicamentos genéricos y de comercializarlos con mayor énfasis que los medicamentos de patente, no corresponde a una estrategia propia de la industria sino a un contexto nacional e internacional específico, pero que indirectamente ha ayudado a la farmacéutica nacional, para que se aumente la producción de medicamentos en Brasil y éste disminuya su condición como “maquilador de medicamentos” y como importador

²⁶⁹ *Ibidem* p. 25

de productos terminados en otros países de las matrices de las filiales transnacionales.

2.8.2.2. Fusiones a nivel nacional

Las fusiones generalmente responden a objetivos y condiciones específicas en la industria farmacéutica, puesto que en la mayoría de los casos responden a una estrategia de los laboratorios para ampliar sus especialidades terapéuticas, su presencia en el mercado, para competir con empresas más grandes, para disminuir los costos en investigación y desarrollo, para reducir los gastos de producción, para ampliar las ganancias, evitar la competencia o simplemente para no sucumbir.

En Brasil, las fusiones han respondido a todas las condiciones anteriores, pero debe decirse que no han alcanzado los niveles de las fusiones que han realizado las empresas transnacionales. Empero existen casos muy significativos que han logrado fortificar la industria nacional y su expansión hacia otras categorías como la medicina veterinaria, los fitomedicamentos o los medicamentos genéricos.

Los laboratorios Fontoura fueron la primer farmacéutica que se fusionó en Brasil, para aumentar la producción de medicamentos, especialmente de penicilina que era importada. Razón por la cual se fusiona con la empresa transnacional Wyeth, pero después de muchos años es absorbida por la filial extranjera; posteriormente crearon la farmacéutica Fontovit.

Schering Plough, la empresa transnacional que desde su llegada a Brasil y que por muchos años tuvo gran incidencia en el mercado nacional, hoy es una compañía de capital nacional y que ejemplifica uno de las políticas de expansión más claras y exitosas que ha tenido la industria nacional, ya que en 1989 fue adquirida por un grupo de empresarios brasileños dueños de la farmacéutica Mantefarma, que querían impulsar la producción de medicamentos nacionales,

hechos con materias primas nacionales y creados en su totalidad en el país, para romper el sesgo de dependencia que tenían. Al principio se habían fusionado la filial estadounidense *Schering Plough* y la empresa *Mantefarma*, pero posteriormente, ésta última adquiere la totalidad de las acciones y la convierte en la Industria Química y farmacéutica *Schering Plough*.

Otro de los ejemplos es la empresa *EMS sigma Pharma* que en “1950 adquirió los laboratorios brasileños *Lagrang* y *Novaquímia* para ampliar sus categorías sus categorías terapéuticas, aumentar su producción y distribuir sus medicamentos”²⁷⁰ a todas las provincias brasileñas. Cabe mencionar que la adquisición de Novaquímica fue un gran incentivo para la producción de medicamentos genéricos.

Los laboratorios *Simoës*, también son resultado de una fusión, pues recientemente adquirió un laboratorio nacional pequeño llamado Farmavy para consolidar la empresa y para aumentar la productividad.

Los laboratorios Granado fueron partícipes de una fusión con una cadena de farmacias para que a través de éstas se distribuyeran sus productos y así se redujeran los costos de comercialización.

Como se ve en la industria farmacéutica nacional se han dado pocas fusiones que han respondido a la necesidad de tener un mayor control del mercado y de la producción nacional para abastecer a la población y exportar a diversos países, especialmente los de América Latina. Debe mencionarse que este es precisamente el factor que tienen en común todas las fusiones antes mencionadas. Lo cual han logrado de alguna manera ocupando el 37% del mercado nacional de fármacos.

²⁷⁰ Historia de EMS Sigma Pharma consultada en www.ems.com.br, el 16 de marzo de 2005.

2.8.2.3. Vínculos políticos y sociales de las farmacéuticas nacionales

En Brasil, los vínculos entre los dueños de las farmacéuticas nacionales y los políticos no son tan claros como en otros Estados, ya que en primera instancia, las características de la industria no permiten ni requieren de todo el cabildeo político que hacen las transnacionales en sus países, puesto que el sector farmacéutico no es tan fuerte y dominante en el país ni tiene una condición privilegiada como si lo tienen las grandes farmacéuticas en sus países.

La industria farmacéutica brasileña no representa un sector esencial que aporte porcentajes sustanciales para el desarrollo y crecimiento del país, es decir no es una de las actividades o industrias artífices que generan el grueso de la productividad económica brasileña.

Lo anterior explica la ausencia de una protección tan rígida como la que existe en los países industrializados, tanto en la investigación y el desarrollo fármaco-médico (que es incipiente en Brasil), como la de las patentes de los medicamentos para mantener las ganancias y que es un aspecto primordial para mantener las ganancias que dichas industrias tienen en el mercado y que es muy utilizado por las transnacionales de países como Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia, Suiza, Japón y Alemania.

Cabe recordar que los vínculos políticos, económicos y médicos que establecen las farmacéuticas son mecanismos muy específicos para preservar su poder en sus países y en otros, pero que principalmente ejercen presión sobre sus gobiernos para que velen por sus intereses tanto al interior como al exterior.

En este sentido, la industria brasileña no cuenta con mecanismos tan elaborados, porque en cierta forma no los necesita, puesto que el sector farmacéutico brasileño no tiene la fuerza que tiene en Estados Unidos o Gran Bretaña, por ende no necesita ser preservada como lo es en esos Estados mediante las estrategias y medios que utilizan éstos; Aunque la industria nacional es mediana es muy dependiente del capital extranjero y de la innovación

científico-tecnológica, a pesar de sus esfuerzos, salvo en la producción de medicamentos genéricos; a esto obedece que no existan relaciones tan claras entre los dueños de los laboratorios nacionales y congresistas brasileños para cabildear el establecimiento de leyes que privilegian sus productos o que protejan la innovación en sus medicamentos por medio de la protección de patentes para justificar los precios de sus fármacos. Puesto que en Brasil como no se invertía mucho en investigación ni en la creación de nuevos productos y la industria era prácticamente de imitación, el establecimiento de leyes que protegieran la propiedad intelectual por medio de las patentes en el caso de los medicamentos, no era necesario, por el contrario significaba un lastre para el desarrollo del sector, las cuales en vez de ayudar y proteger los intereses atentaban con la producción nacional que eran los genéricos y los similares; bajo este contexto podría pensarse que las farmacéuticas nacionales establecían vínculos para mantener la situación así, pero tampoco es el caso, debido a las características muy particulares que reviste y porque ni siendo hasta hace poco una industria predominantemente de imitación era un sector esencial.

Con lo que respecta a los vínculos económicos tampoco existen relaciones tan claras o evidentes, puesto que fuera del Banco Nacional de Desarrollo Social (BNDES) que tiene un programa específico de financiamiento para reactivar la industria y del apoyo económico que pudieran dar los empresarios brasileños no existen grupos financieros fuertes que inviertan o que patrocinen la farmacéutica nacional como el Rockefeller en Estados Unidos que apoya la industria y tiene acciones e intereses en una de las empresas más importantes de ésta.

La situación que si prevalece en la actualidad es que con el impulso que en los últimos 10 años se le ha dado a la producción de genéricos y la creación de instituciones como la Febrafarma y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) se empezaron a estrechar las relaciones de las farmacéuticas nacionales con el gobierno, para buscar un equilibrio entre la protección de los intereses de la industria, la situación social y los intereses del gobierno en este tema.

De igual manera, es muy claro que con la adopción de una política pro genéricos por parte del Estado brasileño, indirectamente se ha beneficiado a la industria nacional y esto ha servido para que el país empiece a invertir y a darle mayor impulso a la industria para romper la dependencia y con base en la generación de medicamentos fitoterapéuticos fortificar el sector y hacerlo crecer.

2.8.3. Grupos de poder y presión en Brasil

Como se mencionó anteriormente no existen vínculos fuertes ni claros por parte de los laboratorios brasileños que tengan intereses en la industria nacional. Sin embargo, existen fuertes grupos de poder por parte de las transnacionales, ya que éstas si llevan a cabo un cabildeo muy fuerte en Brasil para proteger sus intereses, ya que Brasil es el 11avo mercado más importante a nivel mundial y el segundo en América Latina. Además, hay que recordar que para algunas de las filiales de las empresas extranjeras, Brasil representa uno de los países más importantes para la producción, reducción de costos, la exportación a otros países de la región y la importación de medicamentos terminados. Por esta razón, cuando las políticas del Consenso de Washington fueron adoptadas, las farmacéuticas extranjeras cabildearon con el gobierno brasileño para lograr la liberalización de los precios de las medicinas, medida que no fue satisfactoria para la industria nacional.

Otra de los aspectos que muestra que en los últimos años las empresas farmacéuticas transnacionales se han constituido en un grupo de poder y de presión muy fuerte en el país, es el hecho de que cuando Brasil firmó el ADPIC, las farmacéuticas presionaron mucho al gobierno para que se limitara en el país el tiempo de gracia que tenían las naciones en desarrollo para aplicarlo, que era hasta el 2005; de igual manera ejercieron mucha presión para que se limitara la producción de genéricos, empero se aludió el problema del SIDA como amenaza a la seguridad nacional y la utilización de las excepciones que estipula el acuerdo; no obstante las farmacéuticas empiezan toda una coalición para

presionar con amenazas de irse del país o de demandarlo ante la OMC, motivo por el cual, piden a sus gobiernos y especialmente a Estados Unidos que establezca la demanda y lleve a cabo sanciones contra Brasil por violar los acuerdos multilaterales suscritos; para lograrlo hacen uso de sus vínculos políticos y económicos, pero la situación no fue tan satisfactoria por estar en la mira de la opinión pública, razón por la cual entablan negociaciones las farmacéuticas y el gobierno brasileño, y por la gran presión que hacen y la fuerza que concentran, Brasil cede y hace un arreglo con las transnacionales, lo cual no fue un avance sino un retroceso en la fortificación de la industria de medicamentos genéricos nacional y en la postura que había tenido en la OMC.

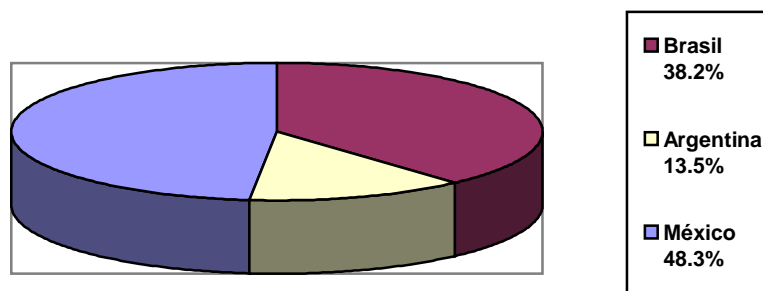
Por lo anterior es muy claro que aunque no existan grupos de poder en Brasil ni de presión por parte de la industria nacional, este lugar lo ocupan las grandes transnacionales que son las que desempeñan al igual que en sus países cabildeos para preservar sus intereses y ganancias en el país sudamericano y para tener decisión y márgenes de negociación en temas que les pueden afectar. Debe decirse que la presión y el cabildeo no es tan intenso como en sus países, pero si logran tener una influencia significativa e incidencia en las decisiones cruciales. A esto también obedece que en fechas recientes muchas transnacionales se hayan incorporado a instituciones como Febrafarma, ANVISA o la asociación brasileña de la industria de medicamentos exentos de prescripción médica para tener mayores contactos y relaciones más estrechas con el gobierno.

2.8.4. Participación de Brasil en el mercado global: Importación, exportación, monto de ventas y producción a nivel nacional

Brasil es un mercado que ha crecido mucho en los últimos 25 años, ya que forma parte de los 12 mayores mercados a nivel internacional por todas las características antes mencionadas, en la región es uno de los mercados más fuertes, puesto que después de México, es el que tiene mayores exportaciones a

los demás países de la región y genera más ventas. América Latina representó en el primer trimestre del 2005, el “3.9% del mercado farmacéutico mundial y el 6% del consumo en el orbe”²⁷¹, de esta cifra Brasil controla el 38.2%, puesto que “México, Brasil y Argentina son los principales mercados”²⁷² y los que cuentan con la mayor presencia de farmacéuticas extranjeras, lo que deriva en el monto de sus exportaciones, importaciones y producción.

Gráfica N°13 Mercado farmacéutico en América Latina (enero-marzo de 2005).



Fuente: Laboratorios Apsen www.apsen.com.br/perfil, Consultado el 16 de abril de 2005.

La producción de medicamentos en Brasil depende en su mayoría de las empresas transnacionales que están concentradas en estos 3 países, ya que en el 2001, según datos de Febrafarma fue de 1,700,000 unidades, de las cuales se vendieron 1,640,000 medicinas y el resto fue exportado a Argentina²⁷³, que es el principal comprador de éste sector. El monto en millones de dólares que alcanzó la producción de ese año fue de \$5,700,000²⁷⁴.

La producción de materias primas farmacéuticas para la elaboración de las medicinas también es un rubro muy importante dentro de la producción

²⁷¹ Laboratorios APSEN, www.apsen.com.br, consultado el 16 de abril de 2005.

²⁷² Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *Op.Cit.* P.3

²⁷³ Febrafarma. *La industria farmacéutica en Brasil: nuevos desafíos, nuevas propuestas.* 2002, consultado en www.febrfarm.org.br, el 27 de noviembre de 2004. Diapositiva Núm. 9.

²⁷⁴ *Idem*

farmacéutica nacional, ya que Brasil en ese mismo año alcanzó la cifra de \$359,000,000 de dólares.

Con lo que respecta a las importaciones, ya se había mencionado con anterioridad que Brasil importa más medicamentos que los que exporta, lo que muestra una insuficiencia en su producción a pesar de las cifras señaladas, ya que no alcanza a abastecer el mercado interno con productos hechos en Brasil, lo que tiene una relación directa con el alza de precios, esto se debe a la falta de tecnología, la complejidad en los procesos de producción que requieren infraestructura específica, que en muchas ocasiones no está presente en las industrias nacionales, así como mayor publicidad y los controles técnicos y de calidad que se tienen que seguir y son muy caros, lo que representa un obstáculo para el crecimiento de la industria.

Las importaciones han crecido mucho en los últimos años, puesto que de 1989 al 2004 se multiplicaron 7 veces²⁷⁵; países de América Latina como México, Argentina, Uruguay y Colombia aumentaron en el 2001, 2002 y 2003, sus participación en las importaciones brasileñas del 3.905 al 6.58%²⁷⁶. Actualmente las importaciones alcanzan un monto de más de 1,500 millones de dólares²⁷⁷.

Por su parte, las exportaciones aumentaron considerablemente, pero no lo suficiente para superar a las importaciones, ya que en el 2004, el monto de las exportaciones solo representó el 30% de las importaciones, ya que el monto fue de \$250,234,465²⁷⁸ millones de dólares.

²⁷⁵ Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op.Cit.* p.34.

²⁷⁶ *Idem*

²⁷⁷ Febrafarma. www.febrafarma.org.br/estadisticas, consultado 25 de abril de 2005.

²⁷⁸ *Idem.*

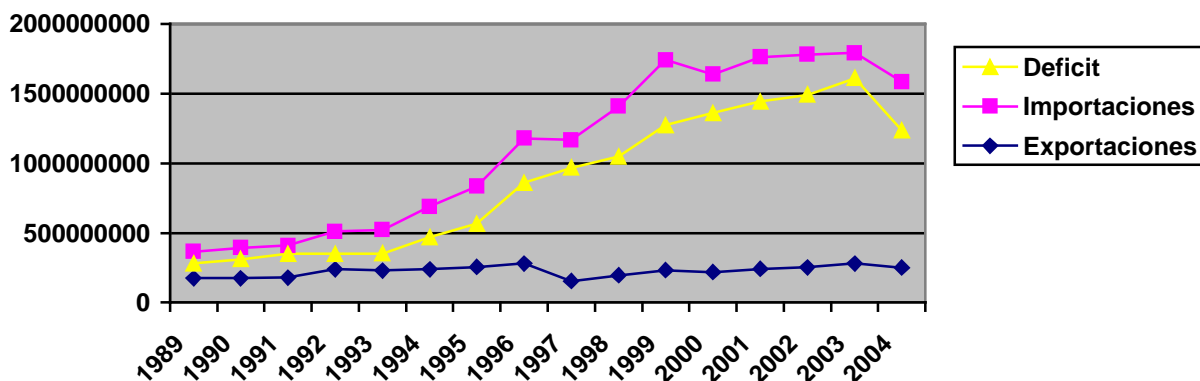
Cuadro N°14. Importaciones y exportaciones de la industria farmacéutica en Brasil de 1997-2004.

Año	Exportaciones En millones de dólares	Importaciones en millones de dólares
1997	\$154,306,311	\$1,013,759,105
1998	\$195,127,915	\$1,213,273,638
1999	\$231,557,980	\$1,512,084,532
2000	\$218,691,166	\$1,421,181,317
2001	\$241,703,196	\$1,522,062,679
2002	\$253,534,538	\$1,527,818,451
2003	\$279,916,767	\$1,512,241,992
2004	\$250,234,465	\$1,335,655,030

Fuente: Febrafarma, evaluación de las exportaciones e importaciones. Consultado en www.febrafarma.org.br, el 14 de abril de 2004.

Con lo que respecta a las ventas en América Latina, Brasil representa el 35% de las mismas y a nivel nacional el 70% de las mismas lo generan las empresas transnacionales y de ese porcentaje el 14% lo obtuvieron en 2004 de las exportaciones a Argentina²⁷⁹. Las ventas en el 2004 fueron de \$1,500,000 reales.

Gráfica N°14. Balanza comercial de las importaciones y exportaciones en el sector farmacéutico de 1990 a 2003.



Fuente: Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op. Cit.* p.33

²⁷⁹ Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op. Cit.* p.34

Así se entiende con las graficas y cifras anteriores que el proceso de liberalización iniciado en la década de los 80 tuvo grandes impactos negativos en el sector farmacéutico, afectando notablemente las exportaciones y disminuyendo las ventas de los productos nacionales a nivel nacional, regional e internacional.

El enorme déficit que existe en la balanza comercial de medicamentos pone de manifiesto el poder y la presencia de las transnacionales así como el pequeño crecimiento que ha logrado la industria desde hace 15 años puesto que desde esa época a la fecha no han aumentado sustancialmente las exportaciones, lo que revela que la productividad nacional se ha mantenido prácticamente sin gran crecimiento, lo que también vulnera al mercado interno.

2.8.5. La expansión de la industria farmacéutica en los sectores de la farmagenómica

México y Brasil son los únicos dos países en América Latina que han desarrollado institutos para el estudio de la farmacogenómica y del genoma humano, ya que ambos “fueron signatarios y aprobaron la Declaración Universal sobre el genoma humano y los derechos humanos el 11 de noviembre de 1997”²⁸⁰ lo que conlleva obligaciones, derechos y acciones específicas para la aplicación de la declaración, puesto que ésta comprende la cooperación internacional que establece que los Estados deben de “hacer todo lo posible, teniendo en cuenta los principios establecidos, para seguir fomentando la difusión internacional de los conocimientos científicos sobre el genoma humano”²⁸¹. Cabe mencionar que el hecho de que sólo en estas dos naciones de toda la región se lleven a cabo estas investigaciones obedece a que tanto México como Brasil tienen fuerza económica, son territorial y poblacionalmente más grandes y que son parte de los 10 países megadiversos de todo el mundo.

²⁸⁰ Hernández-Vela Salgado Edmundo. *Op.Cit.* p.483

²⁸¹ *Ibidem* p.487

La situación anterior no es casual, por dos razones la primera porque en los países que tienen megadiversidad biológica se encuentran la mayor diversidad cultural mediante el asentamiento de los pueblos indígenas, que mantienen una relación simbiótica. La segunda es porque Brasil y México representan los mayores mercados farmacéuticos en toda la región y ambos tienen una gran presencia de las mayores empresas transnacionales, además de que éstas empresas consideran a éstos países dentro de los 12 países más importantes y dentro de los 10 puntos comerciales estratégicos en el orbe.

El estudio de la farmacogenómica y la farmacogenética siempre en Brasil ha sido muy importante, tanto que antes de empezar cualquier investigación, se envió a un grupo de 10 especialistas en medicina genética para que participaran en la Organización Genoma Humano (OGH) “que es el órgano internacional que se encarga del proyecto del genoma humano y que descifró el código genético”²⁸².

La investigación de la farmacogenómica y la farmacogenética en Brasil empezó en el 2001 con el estudio de ambas ciencias, en el 2003 se creó la Red Nacional de Farmacogenética y farmacogenómica (Refargen), que es la entidad estatal que coordina todas las investigaciones en esas áreas. El objetivo de ésta red es:

estudiar “la nueva medicina genómica y con la ventaja de que es predictiva y preventiva, ayudar al conocimiento del mapa de predisposiciones genéticas de la población brasileña, que se caracteriza por su heterogeneidad y por la posesión de genes de indígenas autóctonos, europeos y africanos, para prevenir enfermedades, utilizando esos conocimientos para la creación de fármacos personalizados que eviten daños colaterales y estudios que ayuden a identificar las enfermedades antes de que aparezcan. Teniendo siempre como objetivo específico la utilización de dichos conocimientos para el mantenimiento de la salud”²⁸³.

²⁸² *Journal de Biotecnología do Brasil.* “A realidade genética”. Consultado en www.journaldebiotecnologia.com.br, el 25 de abril de 2005.

²⁸³ Red Nacional de Farmacogenética y farmacogenómica de Brasil. Consultado en www.refargen.org.br, el 25 de abril de 2005.

La Refargen nació como una iniciativa de investigadores brasileños que tenían la inquietud y el objetivo de realizar investigaciones sobre la farmacogenómica y la farmacogenética en Brasil.

Lo interesante de Refargen es que desde su creación hasta la fecha no cuenta con ningún vínculo con la industria farmacéutica transnacional ni con recursos provenientes de ésta. La industria farmacéutica nacional tampoco tiene relación con la institución ni aporta dinero para la realización de las investigaciones. Aunque las grandes farmacéuticas tienen gran interés en participar en el proyecto o de financiarlo, para después tener acceso a los estudios realizados para la producción de los medicamentos personalizados, esto no se ha permitido todavía ya que la red tiene estrecha relación con la Fundación Oswaldo Cruz y con el Instituto de enfermedades del Tórax y su línea de investigación es especialmente para la aplicación de la farmacogenómica en el combate a la tuberculosis.

2.8.6. Los intereses de las farmacéuticas transnacionales en la Amazonia y en la explotación de plantas medicinales (Biopiratería)

Brasil tiene “la mayor biodiversidad del planeta, puesto que existen 20,000 plantas endémicas, lo que representa una riqueza impresionante en la flora del país sudamericano”²⁸⁴ y una zona de naturaleza estratégica. “América Latina y el Caribe contienen el 40% de las especies vegetales y animales de los bosques tropicales del mundo, de ese porcentaje, la zona de la Amazonia representa la mitad; ya que de las 250,000 especies de plantas en el orbe, 90,000 se encuentran en la zona”²⁸⁵, de las cuales 25,000” están en el país sudamericano, lo que representa el 10% a nivel mundial.

Por esta razón se han desarrollado en éste país medicamentos fitoterapéuticos, para aprovechar los recursos naturales, “ya que el 10% de éstas son especies

²⁸⁴ Laboratorios Hebron. www.hebroncom.br/historia, consultado el 16 de marzo de 2005.

²⁸⁵ Comisión de Desarrollo y Medio ambiente de América Latina y el Caribe y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Nuestra Propia Agenda*. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), Nueva York, 1990. p 31

medicinales, 10 tienen usos industriales y 15% son comestibles²⁸⁶, por esta razón representan una fuente primordial para la creación de medicamentos.

En Brasil la práctica durante años de la medicina herbolaria con base en plantas medicinales ha constituido un mecanismo muy importante entre las poblaciones rurales y los pueblos indígenas que han pasado sus conocimientos de generación en generación, dichos conocimientos han sido la base para la creación de los medicamentos fitoterapéuticos y un campo de explotación para la creación de nuevos tratamientos, que tuvieran menos repercusiones o daños colaterales.

Esta riqueza biológica ha atraído la atención de las grandes farmacéuticas transnacionales, quienes han empezado a realizar investigaciones sobre las diversas plantas que existen en la zona y sus usos terapéuticos; una de las principales acciones que han realizado las farmacéuticas es conocer y utilizar los conocimientos sobre las plantas para crear nuevos medicamentos y utilizar su propiedades para después patentarlos como resultado de diversas investigaciones científicas, llevando a cabo biopiratería y fomentando el biocomercio, puesto que utiliza las patentes como herramientas para privatizar conocimientos colectivos y generar ganancias privadas.

Las implicaciones que estas prácticas tienen no sólo afectarán a las poblaciones que viven en la Amazonia, o a los brasileños, sino que nos afectará a todos los seres humanos, sólo por el incremento momentáneo de ganancias que causarán grandes estragos a la biodiversidad y por ende amenazarán la supervivencia humana.

Lo lamentable es que no sólo las plantas medicinales están siendo patentadas sino que se están llevando a cabo modificaciones genéticas de esas especies para ampliar sus utilidades y propiedades, para formar parte de las sustancias activas de nuevos medicamentos.

²⁸⁶ *Idem*

En el caso de Brasil, no sólo se han utilizado los conocimientos de plantas medicinales sino también los relativos para la protección de la piel y para aplicarlos en la creación de productos dermatológicos, ya que una farmacéutica transnacional obtuvo los conocimientos de los pueblos indígenas sobre una planta que durante siglos los protegía sobre los efectos del sol en la piel y la patentaron para la creación de protectores solares que venden a altos precios en Europa y que argumentan es producto de las investigaciones científico-tecnológicas de décadas.

En este sentido, el Convenio de diversidad biológica establece que los Estados son los encargados de velar por la protección de la biodiversidad de sus países, lo anterior responde a que de esta manera se pensaba que sería más fácil proteger los bienes colectivos, empero en el caso de Brasil no ha sido tan fácil, puesto que hasta hace unos cuantos años se ha buscado que las leyes del país contemplen este tipo de situaciones para proteger la biodiversidad de la zona y para aprovechar esa riqueza natural de forma racional y bioética para asegurar los recursos a futuras generaciones.

2.8.7. Brasil en el contexto farmacéutico latinoamericano y mundial.

Como se ha visto, Brasil tiene un lugar muy importante en el sector farmacéutico internacional no sólo por la notable presencia de las farmacéuticas transnacionales sino porque también representa formas de expansión de la industria muy valiosas e innovadoras y que significan materias primas suficientes para abastecer tanto la farmacéutica transnacional como nacional.

Aunque a nivel mundial, Brasil sólo represente el 1.5% del mercado y el 2% de las ventas, juega un papel estratégico para la comercialización de los productos de las grandes extranjeras, además de que regionalmente es el segundo productor y el segundo mercado, lo que implica grandes ventajas, pero también como se ha mostrado serias desventajas para la industria nacional.

Por otra parte, se encuentra dentro de los 12 mayores mercados farmacéuticos en todo el orbe y es uno de los países que significa posibilidades de expansión para la industria farmacéutica transnacional y mayores ganancias a partir de la entrada en vigor del ADPIC y la presión para la limitación o extinción de la producción nacional de genéricos.

2.8.8. Los medicamentos genéricos en Brasil

Uno de los grandes problemas para que la población tenga acceso a los medicamentos es el costo de los mismos, ya que una de las realidades de los países en desarrollo es la pobreza y los bajos salarios que gana la mayoría de la gente. Aunado a ello, el exacerbado capitalismo y las políticas neoliberales han contribuido a la reducción cada vez más enfática del estado de bienestar en estos países y el caso de Brasil no ha sido la excepción.

“La disponibilidad y el acceso a medicamentos constituyen parámetros que permiten medir la calidad de los servicios de salud y constituyen indicadores de justicia y equidad en la distribución de la riqueza de una nación”²⁸⁷, en este caso como se ha mencionado anteriormente, se puede saber que la realidad nacional de la población en éste país no es equitativa ni justa y dista mucho de una correcta distribución de la riqueza.

Cierto es, que para mantener la salud hay que contar con servicios médicos efectivos y con acceso a medicamentos efectivos, pero para lograrlo se debe de tener la capacidad económica o contar con medicamentos y servicios subsidiados como el programa de Farmacia Popular y los servicios gratuitos que ofrece el Sistema Único de Salud, sin embargo en muchas ocasiones una gran cantidad de medicamentos no son subsidiados por lo que sus costos son muy altos y los

²⁸⁷ Declaración de las políticas farmacéuticas de los países andinos. Cartagena, Colombia. Marzo de 1993. Citado en Cileto Dias, Claudia. Medicamentos genéricos en Brasil de 1999 a 2002: análisis de la legislación, aspectos coyunturales y políticos. Tesis de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, 2003. p.29

estratos más bajos no pueden obtenerlos y esto representa lamentablemente la diferencia entre la vida y la muerte.

Así, el hecho de contar con versiones asequibles de los medicamentos, se convirtió en una solución para las poblaciones más vulnerables de los países postergados y en especial para Brasil, un país donde a finales de los años ochenta las condiciones de vida se deterioraron profundamente y aun más en los ámbitos sociales como la salud. La proliferación de nuevas enfermedades y la aparición de las ya erradicadas hicieron aún más compleja la situación puesto que los brasileños empezaron a experimentar la falta de servicios de salud.

Los medicamentos no son bienes comerciales de consumo ni mucho menos mercancías con los que se puede lucrar, además del valor monetario “tienen un valor social intrínseco por estar ligados al tratamiento y cura de las enfermedades”²⁸⁸, lo que representa el bienestar de las personas, así como una condición indispensable para el desarrollo y el crecimiento, así como un ambiente de paz y estabilidad en un país. Por tal motivo “proporcionar a la población medicamentos a precios accesibles es de vital importancia y ese fue el objetivo de la creación de los medicamentos genéricos”²⁸⁹.

Bajo este contexto la aparición de los denominados medicamentos genéricos significó un punto nodal para el acceso a las medicinas y el mejoramiento de la salud de muchas personas. No obstante, la producción de medicamentos genéricos en países en desarrollo desencadenó una seria controversia a nivel internacional por la violación a los derechos de propiedad intelectual de las grandes farmacéuticas transnacionales, lo que atentaba contra sus onerosas ganancias e intereses. Aspecto bajo el cual se ha suscitado la lucha de los países pobres de anteponer la salud y el acceso a las medicinas sobre los exacerbados ingresos de las grandes farmacéuticas y la comercialización de la salud.

²⁸⁸ Cileto Dias, Claudia. Op. Cit. p.29

²⁸⁹ *Idem*

La historia de los medicamentos genéricos en Brasil inició en “1976 cuando a las industrias farmacéuticas se les autorizó producir y registrar medicamentos similares, los cuales definían como aquellos que contienen los mismos principios activos, las mismas concentraciones, formas farmacéuticas, posología, vía de administración y la indicación terapéutica pero que no tiene la misma bioequivalencia que tiene un medicamento de marca”²⁹⁰, es decir, como las concentraciones no son iguales, el efecto terapéutico no es el mismo.

En 1983, los laboratorios farmacéuticos brasileños empezaron a producir medicamentos genéricos, los cuales si tienen la misma efectividad que los medicamentos patentados, porque son lo mismo que estos pues tienen las mismas concentraciones, pero sin la marca, razón por la cual disminuye notablemente su precio. Los genéricos para serle y salir al mercado necesitan cumplir con 3 pruebas para garantizar la seguridad y eficacia del medicamento que son las de biodisponibilidad, bioequivalencia y disolución. No existía en Brasil ninguna legislación ni regulación de la producción de éstos medicamentos, salvo que a partir de esa fecha se volvió obligatorio utilizar el nombre de medicamento genérico en los envases de los productos farmacéuticos que cumplieran con las características antes mencionadas.

Así, en “1991 la Cámara de Diputados en Brasilia empezó a tramitar un proyecto de ley que buscaba abolir las marcas comerciales y aumentar la producción de medicamentos genéricos, dicho proyecto dio origen al decreto 793/93 del 5 de abril de 1993 que determinaba el uso del nombre genérico en los envases de todos los medicamentos”²⁹¹ para la gente supiera que podía comprar un medicamento más barato pero de la misma efectividad y uso terapéutico, pero no pudo ser aplicado por cuestiones técnicas.

En Brasil “hasta 1995, existía una ley de propiedad intelectual que no reconocía patentes en algunos sectores, entre ellos el farmacéutico, pero debido a las

²⁹⁰ Pro Genéricos. www.progenericos.org.br 18 de diciembre de 2004.

²⁹¹ *Idem*

presiones internacionales y la firma del ADPIC de la OMC modificó la ley para respetar las patentes internacionales en todos los sectores”²⁹²

Posteriormente en 1999, la ley 9787 aprobó la producción, distribución y promoción de los medicamentos genéricos, así mismo adoptó la definición oficial de medicamento genérico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las normas internacionales referentes al tema que seguían países de la Comunidad Europea, Estados Unidos y Canadá. “La ley 9787 fue reglamentada por la resolución 391 de agosto de 1999, donde se establecieron todos los criterios sobre la producción, pruebas de bioequivalencia y de disponibilidad, el registro, prescripción, promoción y definición de los medicamentos genéricos”²⁹³.

Por lo anterior, en 1999, se creó el programa de medicamentos genéricos con el objetivo de llevar a cabo una política efectiva para ayudar a resolver el problema del acceso a los medicamentos y tratamientos en todo el país.

Los medicamentos genéricos representaron una política pública en el gobierno de Fernando Henrique Cardoso para atenuar las inequidades sanitarias y para desplegar acciones gubernamentales encaminadas a dirimir las amenazas a la seguridad nacional.

De igual manera, se llevó a cabo la política de distribución gratuita de medicamentos para enfermos de SIDA y tuberculosis, aspecto por el cual se empezó en los laboratorios estatales la producción de dichos medicamentos, para abaratar los costos.

Así, en febrero del 2000 fueron autorizados y promovidos los primeros seis medicamentos genéricos de todo el país que eran: Ampicilina (antibiótico), Cefalexina (antibiótico), Cloridato de Ranitidina (anti ulceroso), Cetonazol (antimicótico), Furosemida (diurético) y Sulfato de Salbutamol

²⁹² Cilento Dias, Claudia. *Op. Cit.* p.16

²⁹³ Pro Genéricos. www.progenericos.org.br pagina consultada el 18 de diciembre de 2004.

(broncodilatador)”²⁹⁴. El crecimiento de la producción y las autorizaciones de medicamentos genéricos fue muy rápido, ya que para diciembre de ese mismo año 189 medicamentos habían sido registrados y 84 fueron comercializados en farmacias y satisficieron las necesidades de los consumidores en las categorías de: antibióticos, penicilínicos, anti-hipertensivos, anti-infecciosos, antimicóticos, antiulcerosos, expectorantes, analgésicos y antivirales

En enero de 2001 se publicó la resolución 10 que tenía como objetivo agilizar el proceso de registro de los medicamentos genéricos y la regularización del registro de genéricos importados.

En ese mismo año el gobierno federal instituyó la Política Nacional de Medicamentos genéricos que comprende la producción, garantía de calidad, la prescripción, promoción y uso de medicamentos genéricos y es parte fundamental de una estrategia para el uso racional de éstos en Brasil que pretende darle acceso a medicamentos a toda la población.

Uno de los principales requerimientos para la promoción de la política de los medicamentos genéricos es que se realice la prescripción a través de la Denominación Común Brasileña (DCB) o por la denominación genérica internacional, es decir por el nombre de la sustancia activa y no por el nombre comercial de las medicinas.

Actualmente, la prescripción de la denominación genérica de los medicamentos es obligatoria solamente en el Servicio Público del Sistema Único de Salud, ya que en las instituciones médicas privadas la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico es opcional, es decir queda a criterio del médico.

Enfermedades graves como el cáncer, el SIDA, el glaucoma, la diabetes, la hipertensión, la tuberculosis y el mal de *Parkinson* están siendo tratadas con medicamentos genéricos que son hasta un 50% más baratos.

²⁹⁴ *Idem*

En septiembre del 2002, el Ministerio de Salud inició una campaña de divulgación de los medicamentos genéricos con el objeto de informar a los consumidores sobre las ventajas de dichas medicinas y para que pudieran reconocerlas en todas las farmacias.

La disposición de los medicamentos genéricos ha representado en Brasil una vertiente para el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de toda la nación. Por tal razón Brasil ha promovido y legalizado la producción e importación de medicamentos genéricos para mejorar las condiciones de acceso a los medicamentos y para bajar la tasa de mortalidad por enfermedades.

La política nacional que Brasil ha desarrollado para incentivar la producción y consumo de medicamentos ha sido tan importante y exitosa que permitió en “enero de 2001, la creación de la Asociación brasileña de las Industrias de Medicamentos genéricos(Pro Genéricos, que es una asociación de 10 principales laboratorios farmacéuticos fabricantes y comercializadores de medicamentos genéricos que tienen como principales objetivos: aumentar el número de registros y agilizar la introducción de medicamentos genéricos en Brasil”²⁹⁵ y es la única institución que defiende los intereses del mercado genérico en Brasil. Aunado a ello, también se está incentivando la producción interna, ya que la mayoría de los laboratorios nacionales producen genéricos y eso es la base de la industria farmacéutica nacional.

La misión de Pro-Genéricos es contribuir para mejorar las condiciones de salud pública en Brasil, “ampliando el acceso a medicamentos a través de la consolidación y ampliación del mercado de genéricos”²⁹⁶. Una de las tareas más importantes es abrir un canal de comunicación entre el gobierno, la sociedad y la industria farmacéutica para buscar soluciones para garantizar el acceso a

²⁹⁵ *Idem*

²⁹⁶ *Idem*

medicamentos efectivos y de alta calidad pero de muy bajo costo o gratuitos para mejorar las condiciones sociales en Brasil²⁹⁷.

Los laboratorios que integran Pro Genéricos son: Apotex (farmacéutica canadiense), Genéricos Bio-sintética(farmacéutica nacional), Brain Farma, Línea Genérica (nacional), Euro farma Genéricos (farmacéutica brasileña), Medley Genéricos, (laboratorio brasileño), Merck genéricos (farmacéutica transnacional) y EMS (farmacéutica nacional).

En Brasil actualmente existen medicamentos genéricos para 56 clases terapéuticas disponibles en “3580 presentaciones, 249 principios activos y 944 registros y atienden a más del 60% de las prescripciones médicas”²⁹⁸ que engloban las enfermedades crónicas más frecuentes que padece la población brasileña.

Un aspecto favorable referente a los medicamentos genéricos en Brasil es que la sociedad identificó rápidamente los medicamentos genéricos como una alternativa viable y de bajo costo para la conservación de la salud, pero también hay que denotar que el gobierno llevó y sigue llevando a cabo muchas acciones para la promoción y uso de los medicamentos genéricos como el etiquetado obligatorio y de disposiciones nacionales específicas, puesto que debe de ser amarillo con letras azules.

La política brasileña de medicamentos fue muy importante para lograr el acceso a los medicamentos esenciales pero, un elemento que ayudó en demasía para que se lograra este objetivo fue la autorización de los medicamentos genéricos; lo que posteriormente se convirtió en una política pública de salubridad del gobierno, pero lo más interesante, en el caso brasileño, es que dicha política no fue planeada a corto plazo, sino a mediano y largo plazo puesto que se ha convertido en una política eficiente de Estado que ha logrado resolver la terrible situación de la falta de acceso a los medicamentos en algunos casos como el del SIDA, que

²⁹⁷ *Idem*

²⁹⁸ *Idem*

es la enfermedad que tiene el mayor número de enfermos en el país, pero aún falta mucho por hacer, ya que aunque los costos han disminuido recientemente con los genéricos, Brasil aún no logra que toda su población tenga acceso a medicamentos sean éstos o los de patente, incluso en el caso de la tuberculosis o el cáncer sigue existiendo un porcentaje de la población que padece estas enfermedades que no tiene acceso a las medicinas.

Es menester señalar que el contar con programas como Farmacia popular y la Política brasileña de medicamentos fueron acciones gubernamentales muy específicas que buscaron la manera de resolver la crisis de salud y el aumento de las cifras de mortalidad a causa de enfermedades, pero no se hubiera logrado sin la existencia de los medicamentos genéricos, que a diferencia de otros países, en Brasil se convirtieron en la herramienta gubernamental para satisfacer las algunas de las necesidades sanitarias en la nación y evitar la mortandad de millones de personas, lo que representaría deficiencias en el desarrollo y productividad del país sudamericano.

Una de las fuertes implicaciones, al ser los medicamentos genéricos una política Estatal que surgió como una de gobierno, es que se tuvo que lidiar y negociar tanto con el sector farmacéutico nacional como con el extranjero, para defender la política de la producción y comercialización de medicamentos genéricos que desde su autorización hasta hoy día se ha erigido como una solución viable para mejorar el sistema de salud en Brasil.

Así, conjuntamente el gobierno y la asociación Pro Genéricos han logrado crear, regular y mantener un mercado de Medicamentos genéricos, pero cabe denotar que la autorización y la producción de los medicamentos genéricos por si mismo no resuelven del todo las condiciones de los servicios de salud y ni el acceso de los medicamentos a toda la población sino que son un elemento más en toda una política nacional para garantizar a la población mejores condiciones para preservar la salud diagnósticos eficaces y oportunos, así como la adquisición de medicinas para combatir las enfermedades.

2.8.8.1. La producción de medicamentos genéricos en Brasil

La industria de los medicamentos genéricos en Brasil ha crecido muy rápido, si se toman en cuenta que existen desde la década de los años 60 y que fue hasta 1999 que se aprobó la producción de estos fármacos y se aprobó su comercialización.

En Brasil la mayoría de la producción es realizada por los laboratorios nacionales, puesto que esto es resultado del proceso imitativo que caracterizó a la industria durante muchos años, ya que las empresas nacionales junto con los laboratorios estatales son responsables de la fabricación del más del “80% de los genéricos. La mayoría de las empresas nacionales y de capital mixto fabrican genéricos, puesto que de las 541 farmacéuticas que existen, 49 empresas nacionales fabrican genéricos”²⁹⁹ y son responsables del 52.2% de los productos comercializados en el país y del 60% producido, “actualmente existen 1033 productos genéricos que comprenden 57 clases terapéuticas, 261 principios activos y están disponibles en el mercado en 4,000 presentaciones”³⁰⁰.

Actualmente, la industria de los medicamentos genéricos ha crecido notablemente. Puesto que las empresas nacionales controlan el mercado, pero la presencia de laboratorios extranjeros han empezado a incrementar, ya que algunas transnacionales están creando sus líneas genéricas. La producción de genéricos es 60% nacional, puesto que son los laboratorios nacionales de mayor productividad son Medley, EMS Sigma Pharma, Biosintética y Eurofarma. El resto de la producción se debe a los laboratorios extranjeros Ranbaxy (India), Hexal (Alemania), Teva Generics (Israel), Apotex (Canadá) y Ratio Pharm genéricos (Alemania). Cabe señalar que aunque en la actualidad el control lo tienen las farmacéuticas nacionales, los laboratorios extranjeros están empezando a tener una mayor participación.

²⁹⁹ Pro genéricos. www.progenericos.org.br, página consultada el 18 de diciembre de 2004.

³⁰⁰ Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op.Cit.* p.32

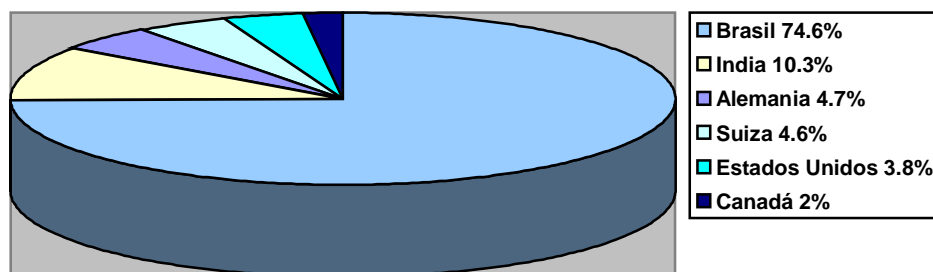
La producción de genéricos en Brasil comparte algunas de las características de la industria farmacéutica como la ausencia de inversión en desarrollo e investigación, motivo por se invierte mucho en la producción de medicamentos genéricos y fitoterapéuticos.

“El 80% de la producción de los medicamentos genéricos comercializados en Brasil son producidos en ese país, de los cuales el 74.6% de las ventas corresponde a las empresas nacionales, el 10.3% es de capital indio, el 4.7% de origen alemán, el 4.6% de empresas suizas, el 3,8% de Estados Unidos y el 2% de capital canadiense”³⁰¹.

En este sentido, el control de la producción y del mercado de medicamentos genéricos reside en las empresas nacionales, lo que es un distinguo de lo que pasa con el mercado de medicinas de referencia (de patente) o de marca, pues se invierten los papeles, ya que las transnacionales tienen muy poca participación.

Gráfica N°15

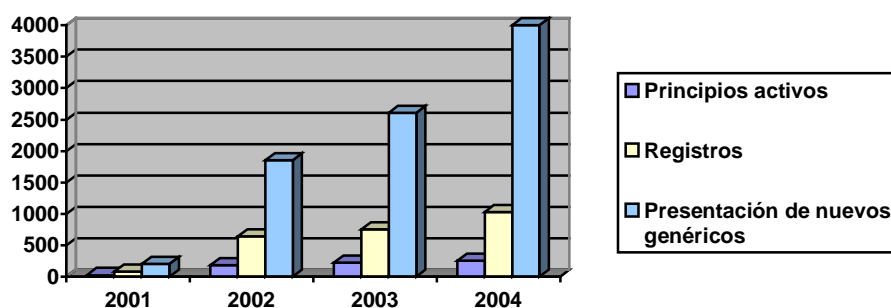
Mercado de medicamentos genéricos en Brasil



Fuente: Elaboración de la autora con datos de Pro-Genéricos, consultados en www.progenéricos.org.br, el 28 de noviembre de 2004.

³⁰¹ Progenéricos, consultado en www.progenericos.org.br, 28 de noviembre de 2004.

Gráfica N° 16. Evolución de la producción de Genéricos en Brasil 2001-2004.



Fuente: Progenéricos. Evolución de los medicamentos genéricos de 2001 a 2004 y ANVISA. Consultado en www.progenericos.org.br

2.8.8.2. Ventas, Exportaciones e importaciones de los medicamentos Genéricos

En la actualidad, los medicamentos genéricos representan el 10% de las ventas totales en el sector farmacéutico, lo que muestra que aunque el consumo de medicamentos genéricos ha aumentado aún no es un porcentaje mayoritario en las ventas del sector, puesto que los medicamentos patentados aun siguen siendo los más vendidos.

El “75% de las ventas del mercado de genéricos en Brasil son realizadas por las empresas nacionales”³⁰², después de este el país que tiene mayor presencia en el mercado de genéricos es India, que tiene el 10.3% de participación, las empresas alemanas son las que tienen mayor participación después de las farmacéuticas nacionales e indias, puesto que representa el 4.7%, las empresas suizas el 4.6%, el 3.8% lo concentran las farmacéuticas estadounidenses, lo que demuestra un cambio significativo entre la concentración del mercado de medicamentos de patente y la pequeña cantidad que controla en la venta de genéricos, y el 2% restante es obtenido por los laboratorios canadienses.

³⁰² *Idem*

“El monto de las ventas del mercado de genéricos excedió en el 2001 los \$175,000 millones de dólares”³⁰³. En el 2003, las ventas de los genéricos fueron de “\$490,000 millones de reales y de 7,060 unidades”³⁰⁴. El monto total de las ventas y exportaciones de los genéricos en Brasil en “2004 fue de \$9,320 millones de dólares”³⁰⁵

Con respecto a las exportaciones, las empresas nacionales más grandes han empezado a exportar, dichas empresas son EMS Sigma Pharma, Biosintética, Medley, laboratorios Teuto, que empezó a exportar a Centroamérica y Corea. EMS y Medley son los laboratorios que mayores de cantidades de genéricos exportan y los que perciben las mayores ganancias por esas actividades comerciales, ya que además de ser los primeros que empezaron las exportaciones de genéricos, en el 2004 lograron exportar a Portugal.

Las exportaciones han crecido mucho en los últimos 3 años, especialmente porque el grueso de las exportaciones se hacen a países en desarrollo; el principal destino de las exportaciones de genéricos es Sudamérica, aunque los montos a países africanos como Angola y Mozambique han incrementado.

La empresa brasileña Medley es responsable del 25.5% de las exportaciones de medicamentos genéricos que Brasil realiza, los principales destinos de exportación de éste laboratorio son: Venezuela, Argentina, Chile y México, además de algunos países de Europa, especialmente Portugal. Las principales exportaciones se están realizando a los países sudamericanos.

En que se refiere a las importaciones de los medicamentos genéricos, debe decirse, que aunque el mercado no sea tan dependiente de las importaciones, como si lo es el de medicamentos patentados, el monto de las importaciones ha ido aumentando de manera notable, ya que en enero del 2004 había:

³⁰³ *Idem*

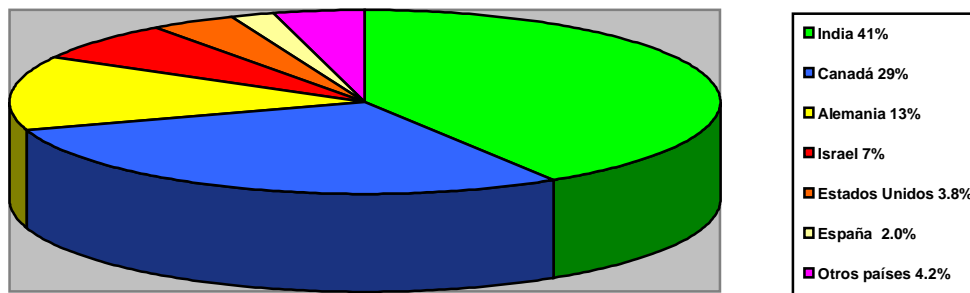
³⁰⁴ Fortschritt consulting. *Indústria farmacêutica: oportunidades, desafios e questões para a industria no Brasil*. Sao Paulo, Março de 2004. Pág. 8

³⁰⁵ Xavier de Lemos Campanema, Luciana. *Op. Cit* . p. 33

“1033 registros de genéricos en la Asociación Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), de los cuales el 24.3% son comercializados, porque el resto es otorgado gratuitamente mediante los sistemas de salud, de ese porcentaje, el 52.2% son productos nacionales, el 25% son producidos en Brasil por laboratorios transnacionales y el 22.3% son importados, de esos productos importados, el 41% proviene de los laboratorios de India, el 27% de Israel, el 13% de Canadá, el 10% de Alemania y el resto de otros países”³⁰⁶.

Cabe señalar que éstos laboratorios, además de tener una fuerte presencia en las importaciones brasileñas están llevando a cabo fuertes inversiones en la industria farmacéutica para el establecimiento de sus propias plantas, además de asociarse o fusionarse con algunos laboratorios nacionales como ha sido el caso de los laboratorios Teva Generics de Israel que están asociados con la farmacéutica nacional Biosintética, que es uno de los mayores productores de genéricos y Ranbaxy Farmacéutica de India, que es uno de los mayores productores de genéricos en el mundo se asoció con Schering Plough de Brasil.

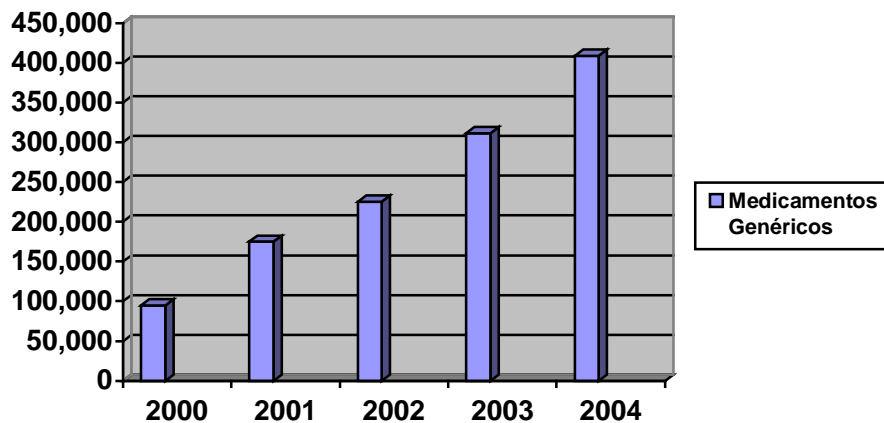
Gráfica N°17. Importaciones de medicamentos genéricos en Brasil



Fuente: Elaboración de la autora con datos de Xavier de Lemos Campanema Luciana Op. Cit. P.32 y de Fortschritt Consulting. Op. Cit. p.10.

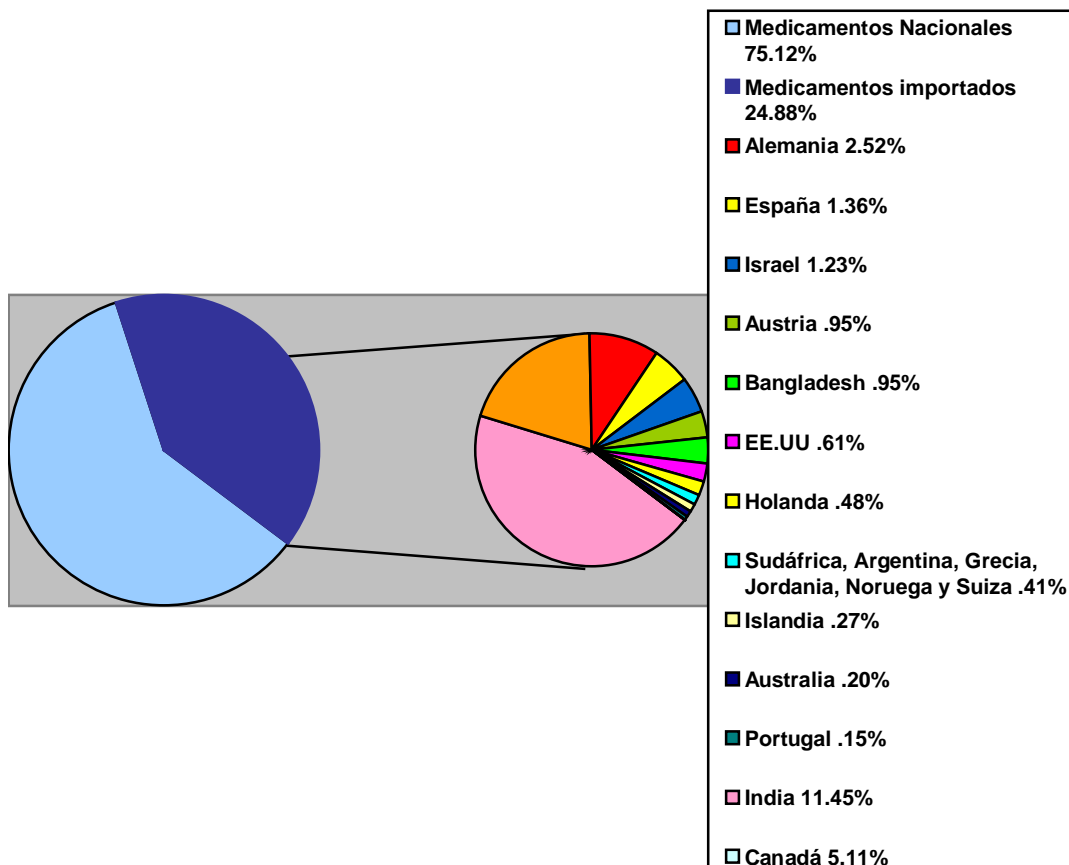
³⁰⁶ *Ibidem* p. 32

Gráfica N°18. Ventas de los medicamentos genéricos desde su autorización en el año 2000 al 2004.



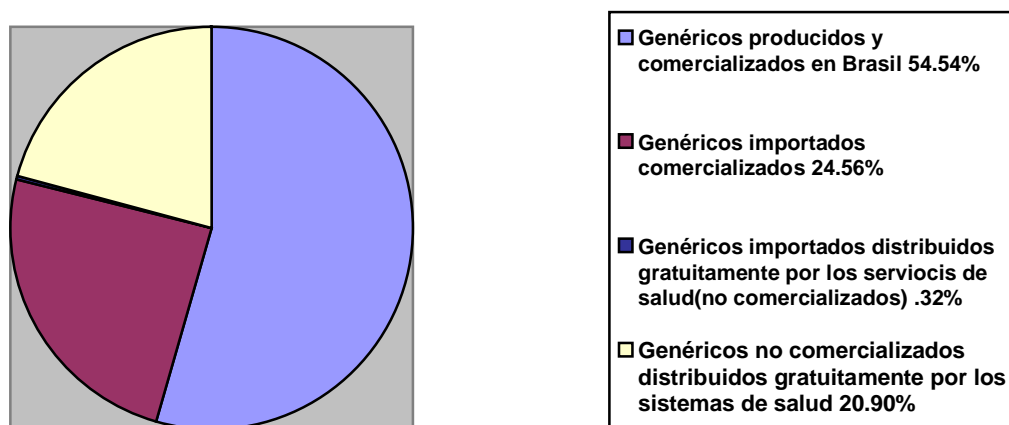
Fuente: Elaboración de la autora con datos de progenéricos, ANVISA, Luciana Xavier de Lemos Campanela. *Op. Cit.* p.32.

Gráfica N°19. Importaciones y producción nacional de medicamentos genéricos.



Fuente: Asociación Nacional de Vigilancia Sanitaria. Consultado en www.anvisa.gov.br, el 19 de abril de 2005.

Gráfica N°20. Clasificación de los medicamentos genéricos en el mercado brasileño



Fuente: ANVISA, consultado en www.anvisa.gov.br. El 22 de abril de 2005.

2.8.8.3. Participación de las transnacionales en el mercado de genéricos En Brasil

Las empresas transnacionales no tienen una presencia significativa en el mercado nacional de genéricos, lo que obedece a que las grandes farmacéuticas obtienen de los medicamentos patentados todas sus ganancias, puesto que aunque las cantidades que invierten en investigación y desarrollo sólo corresponden al 20% de sus ganancias, pues invierten más en publicidad, o sólo modifican algunas moléculas y compuestos de medicamentos comercializados, se caracterizan por la innovación de fármacos, razón por la cual han pugnado intensamente para proteger la propiedad intelectual mediante la patente de sus “productos”, aspecto por el que condenan de manera enfática la producción de genéricos, no obstante han reconsiderado su postura debido a diversos factores:

- ✓ La presión que han ejercido contra diversos países como Sudáfrica y Brasil ha sido severamente condenada por restringir el acceso a medicinas
- ✓ Los países en desarrollo se están amparando en la utilización de las excepciones del ADPIC para la producción y consumo de genéricos.
- ✓ La reducción de los precios de sus medicamentos no ha sido suficiente para competir con los medicamentos genérico.

Ante este panorama, las grandes farmacéuticas han reconsiderado su estrategia en lo que se refiere a los medicamentos genéricos, especialmente en países como Brasil, en donde las transnacionales tienen el control del mercado farmacéutico, empero como se vio con antelación en el mercado nacional de genéricos la situación es distinta, ya que las empresas nacionales concentran la producción y comercialización de genéricos. En este sentido, las transnacionales en Brasil han cambiado de estrategia, porque muchas patentes se extinguirán entre el 2005 y el 2006. Dicha estrategia consiste en la fabricación de sus propios medicamentos genéricos cuando expiren las patentes de sus medicamentos “innovadores”.

Las grandes empresas de fármacos en Brasil han empezado a producir medicamentos genéricos en el país, las primeras que empezaron fueron la farmacéutica Abbott y Merck. En los últimos años se han sumado a esta estrategia farmacéuticas como Novartis, farmacéutica que ya producía genéricos, pero incrementó su participación y producción “a partir del mes de junio de 2005 bajo el nombre de Sandoz genéricos que es el resultado de la fusión de ésta empresa con la filial alemana de genéricos en Brasil Hexal”³⁰⁷.

Las empresas como Apotex(Canadá) han estado presentes en el país desde la autorización de la producción de medicamentos genéricos. Glaxo Smith-Kline también ha empezado la producción de genéricos, además de estas farmacéuticas existe la farmacéutica española Cinfa, que si bien no tiene una de las principales posiciones en el mercado, produce una gran cantidad de genéricos.

Las grandes farmacéuticas transnacionales sólo tienen el 2% del mercado y están llevando a cabo los registro necesarios ante la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

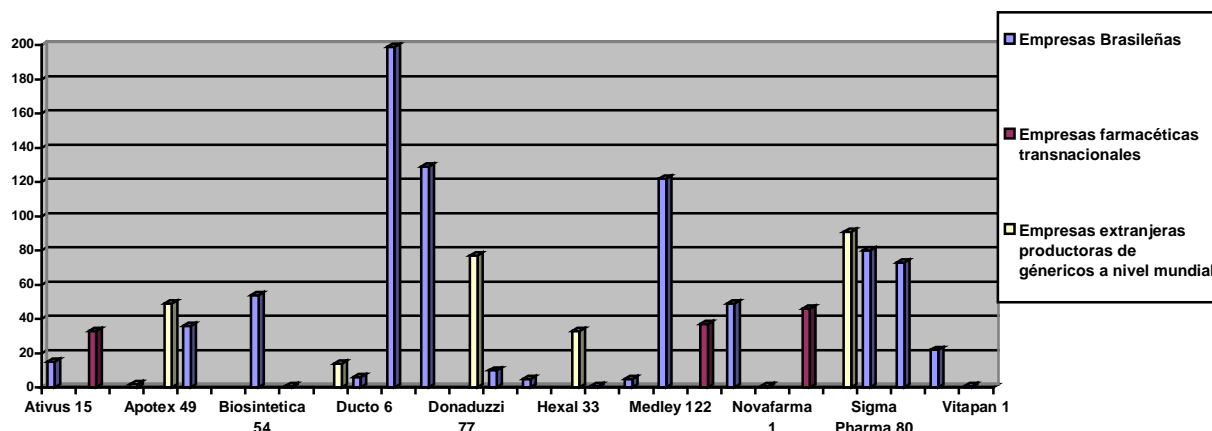
Al principio las grandes transnacionales estaban reduciendo los precios pero, sus reducciones eran mínimas, razón por la que Brasil incrementó su producción de medicamentos y sus importaciones de países en desarrollo, que eran más baratas que los medicamentos con descuento que ofrecían las transnacionales .

En general, puede decirse, que las grandes transnacionales aunque están empezando en la producción de medicamentos en Brasil, no tienen un porcentaje significativo, por el contrario su presencia es mínima y de las 10 grandes farmacéuticas sólo 2 están produciendo genéricos, pero aun es una línea muy débil de estos laboratorios.

³⁰⁷ Noticias de Novartis. “Novartis comenzará a producir genéricos”, 25 de mayo de 2005, consultado en www.novartis.com.br, el 31 de mayo de 2005.

Gráfica N°21

Empresas que producen genéricos



Fuente: ANVISA, consultado en www.anvisa.gov.br, 2 de mayo de 2005.

2.8.8.4. El consumo de medicamentos genéricos

El consumo de los medicamentos genéricos ha aumentado de manera notable en el país, puesto que en sólo 5 años, además de la promoción e identificación por parte de la población, la gente pide los medicamentos genéricos.

En Brasil el 86% de los medicamentos de marca que son comercializados tiene una versión genérica, lo anterior es muy importante, porque la mayoría de medicamentos pueden ser asequibles, ya que ahí los genéricos son en promedio “40% más baratos que los de marca, pero en algunos casos son hasta el 75% más barato”³⁰⁸ y eso ha incentivado la producción y el consumo. El hecho de que

³⁰⁸ Mario, Glanc. *Los medicamentos genéricos: una herramienta posible para mejorar el acceso de la población al tratamiento efectivo de las enfermedades*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Argentino-Brasileño de medicamentos genéricos. Brasil, 2002. p. 13

exista un porcentaje tan alto de las versiones genéricas responde a que cuando este Estado firmó el ADPIC en 1995 se siguió la disposición general del Acuerdo que determina que a partir de la fecha en que entre en vigor en los diversos países se empezará el registro de las patentes de dichos medicamentos. Es decir, que la protección de las patentes de los fármacos sólo se efectúa con la aplicación y vigencia del ADPIC en un determinado país. En el caso de Brasil, como entró en vigor en 1997, todas las medicinas producidas hasta el 1 de enero de ese año estaban exentas de la protección de patentes, pero posterior a esa fecha, todos los medicamentos producidos deben de ser patentados y los que ya patentados estar protegidos.

Durante los “primeros 9 meses de promoción y comercialización de los genéricos se logró tener el 1%”³⁰⁹ del mercado, que es una cifra significativa, tomando en cuenta la brevedad del tiempo que llevaban en el mercado y el control de las transnacionales. En el 2001 alcanzó el 1.5% y en “el 2005 representa el 10% del mercado nacional, y el 27.68% en el mercado estatal de Sao Paulo, lo que muestra que ha aumentado en un 218%”³¹⁰, la adquisición de estas medicinas entre la población; esa cifra es muy significativa si se toma en cuenta que la comercialización y aparición de éstos medicamentos en Brasil tiene apenas 5 años.

Cabe destacar que el aumento de los medicamentos genéricos no nada más responde a la aplicación de la política gubernamental de promoción de genéricos, sino que también representa una parte de la aplicación de la política sanitario de otorgar medicamentos genéricos gratuitos a todos los enfermos de SIDA.

El gobierno ha buscado incrementar el número de versiones genéricas disponibles para todas las enfermedades que aquejan a la población brasileña y por ende aumentar el consumo de estos medicamentos, para que en los años

³⁰⁹ *Idem.*

³¹⁰ Adriana Dias Lopes. “En cinco años, genéricos ganan 27% del mercado en el Estado de Sao Paulo” Progenéricos/noticias. El 17 de marzo de 2005. Consultado en la página www.progenericos.org.br el 20 de marzo de 2005.

posteriores los genéricos representen entre el 30 y el 50% del mercado, para lograr que toda la población brasileña tenga acceso a medicamentos y se fortifique la industria farmacéutica nacional; sin embargo, las presiones de las grandes farmacéuticas son constantes, ya que no quieren bajar los precios de los medicamentos (especialmente los 3 que le faltan a Brasil para fabricar totalmente el cóctel antiretroviral para los enfermos del SIDA, que requiere de 15 compuestos, de los cuales el país fabrica 8) y quieren evitar la producción de genéricos, que está minando sus márgenes de ganancia, lo que sigue siendo una problemática entre las farmacéuticas y Brasil.

2.8.8.5. La participación de Brasil en torno a la crisis del acceso a medicamentos nacional e internacional

Actualmente existe una terrible crisis en el acceso a medicamentos en todo el mundo, pero especialmente en los países en desarrollo y menos desarrollados, como se mencionó anteriormente, cabe señalar que esta crisis es resultado de la comercialización de la salud por medio de la inclusión de los medicamentos en el ADPIC, y entre las primeras consecuencias que ha tenido está la dificultad de que las personas accedan a todos los medicamentos que necesitan para curar las enfermedades que padecen, principalmente como se muestra en la investigación, está es la realidad de los países más pobres, donde la gran mayoría de las personas no logran obtener los fármacos que necesitan por cuestiones económicas, pero también se evidencia la falta de medicamentos y tratamientos de enfermedades que persisten en éstos países como son: la malaria, tuberculosis, la enfermedad del sueño y de Chagas por mencionar solo algunas.

El caso del SIDA, es muy representativo, porque ha puesto de manifiesto la compleja situación que representa a nivel internacional y la urgencia de resolver esta crisis.

Brasil ha tenido una participación muy importante en torno a la crisis del acceso a medicinas en lo que se refiere a su población, a la región y al contexto internacional, pero cabe señalar que los mayores avances los ha tenido en el acceso a tratamientos y fármacos para el SIDA, ya que existen “36 millones de personas con VIH en todo el mundo y únicamente el 4% recibe medicamentos antiretrovirales, casi la mitad de las personas que reciben esta terapia en los países pobres son brasileñas”³¹¹, lo anterior es posible debido a que desde 1995 el laboratorio estatal Farmanguinhos produce medicamentos genéricos y desde “1997 fabrica estos medicamentos para el tratamiento del SIDA y a que importa de países en desarrollo como India y China los componentes y medicinas que no produce para el tratamiento de la enfermedad”³¹².

Brasil es uno de los pocos países que ha conseguido “detener así como revertir entre su población la aparición de nuevas infecciones por VIH y ha desarrollado programas de tratamiento y cuidado de las personas infectadas”³¹³, pero hay que mencionar que desde la aplicación de una política gubernamental para otorgar a todos los enfermos de SIDA tratamientos y asistencia sanitaria “la tasa de mortalidad por SIDA ha descendido en un 50% y se han reducido en un 80% el número de enfermos en los hospitales del Sistema de salud pública. En este país, a principios de los años 80, la tasa de infección por VIH era del 25%, pero actualmente esa tasa ha bajado al 0.6% en la población adulta”³¹⁴.

En el caso del SIDA, Brasil ha logrado tener una política exitosa, ya que la distribución constante de medicamentos, así como las consultas medicas gratuitas han logrado la continuidad de los tratamientos, los cuales se cumplen entre un “60 y 70% a lo largo de los años en niveles similares a los de Estados

³¹¹ Pascual Ortells. “Brasil :un modelo ante la crisis del SIDA”, *Informe de políticas públicas*, Programa de las Américas (Silver City, NM: Interhemispheric Resource Center, abril de 2003). Consultado en www.americaspolicy.org/reports/2003/sp_0304sida.html p.2

³¹² *Idem*

³¹³ *Idem*

³¹⁴ *Idem*

Unidos y Francia”³¹⁵. Lo anterior se debe a que el modelo brasileño lleva a cabo acciones tangibles para hacer efectivos los derechos universales del derecho a la salud y a la vida que plasma en su constitución y a la movilización social que existió en Brasil para luchar contra enfermedad, razón por la que en este país surgió la “Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA) primer organización de América Latina en la movilización social para responder a los desafíos del SIDA”³¹⁶, así como diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y la movilización de diversos sectores sociales para lograr un acceso a servicios de salubridad gratuitos, equitativos e integrales para todos los brasileños. En este sentido puede explicarse el por qué de las políticas gubernamentales, la fabricación y promoción de medicamentos genéricos, el incremento de políticas sanitarias, los incentivos a la industria farmacéutica nacional, las modificaciones a la ley de patentes para la protección de la población, el enfrentamiento y negociación con las empresas farmacéuticas transnacionales, además de la postura de Brasil tanto en la Organización Mundial de Comercio, en la Organización Mundial de la Salud, en la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Agencia de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), para proteger el derecho a la salud y de los pacientes frente a las grandes presiones que los oligopolios farmacéuticos ejercen en todo el mundo.

Lo anterior es una consecuencia lógica de la participación de la sociedad civil en éste país, que desde que empezó a ver minados los servicios sanitarios y el incremento del SIDA, empezó a “luchar” por su derecho a la salud y a la vida, tanto de forma pública como en los tribunales; puesto que “el gobierno brasileño forzado por la presión social decidió incrementar la producción de genéricos para todo el país y para todas las enfermedades”³¹⁷; todavía existen grandes retos y situaciones que no se han resuelto, pero en lo que concierne al SIDA, la participación de Brasil a nivel regional e internacional ha sido muy significativa.

³¹⁵ *Ibidem* p.3

³¹⁶ *Idem*

³¹⁷ *Ibidem* p.4

En el ámbito regional ha tenido acciones como la de proponer a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en América Latina se lleven a cabo medidas para facilitar el acceso a medicamentos para el SIDA a personas infectadas en el continente que necesitan mayor asistencia médica que otras zonas. Así mismo ha buscado por medio de la misma organización que los Estados incluyan en sus legislaciones sobre la propiedad intelectual y las patentes mecanismos como las licencias obligatorias y las excepciones del ADPIC para proteger a sus población de la carencia de medicinas y servicios sanitarios por cuestiones económicas; sin embargo, Brasil no ha llevado a cabo acciones que muestren la cooperación sur-sur como la transferencia de tecnología para la fabricación de genéricos como ha hecho en algunos países africanos; pero debe decirse que ha empezado a exportar éstos fármacos a los países más grandes del continente como Argentina, Colombia, Venezuela, Paraguay, Uruguay y México, para abaratar los costos y dar alternativas para afrontar la crisis del acceso a medicamentos a nivel regional.

En el contexto mundial ha sido artífice junto con India, Sudáfrica y otros países de la impugnación de que las políticas neoliberales y el ADPIC privaticen las políticas de salud pública y antepongan el interés privado sobre el público. Las acciones de dicha postura en el caso de Brasil han sido las siguientes: Durante

“la conferencia de las Naciones Unidas sobre el SIDA en Barcelona en el 2002, Brasil anunció su plan para el combate al SIDA a nivel internacional, el cual establecía como objetivo que todos los países en desarrollo puedan tener las condiciones para la fabricación de antiretrovirales genéricos, lo que costaría un millón de dólares anuales y así se evitarían muchas muertes. Para tales efectos éste país anunció que brindaría medicamentos antiretrovirales a 10 proyectos de países pobres, de igual manera ofreció asistencia y entrenamiento médico para la aplicación de éstos fármacos y tecnología y los conocimientos requeridos para su futura fabricación; esto es administrado y organizado por el Fondo brasileño contra el SIDA, el cual fue aprobado por el

*Ministerio de Salud del país y acordó aportar tratamiento antiretroviral para 1000 personas*³¹⁸

Otra de las acciones fue el importante papel que jugó para la creación del Fondo Global sobre el SIDA, la tuberculosis y la Malaria de las Naciones Unidas (ONUSIDA) “que reconoce la influencia de Brasil en las políticas mundiales y regionales y su atención con medicamentos genéricos como factores importantes producidos en los últimos años en el acceso a medicamentos a escala mundial”³¹⁹; ONUSIDA surgió en la reunión del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU del 2001. Aunado a ello, el país sudamericano tuvo una participación substancial en la “aprobación de la resolución 33/2001 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que consagra el acceso a los medicamentos para el SIDA como un derecho humano básico”³²⁰, así como en la aprobación de su propuesta ante la OMS en mayo de 2001, sobre reconocer y llevar a cabo acciones sobre la necesidad de disponer de medicamentos a precios accesibles para el tratamiento del VIH/SIDA.

La participación de Brasil ha sido sustancial en acciones internacionales como la adquisición del compromiso de “vigilar que en el Fondo Global se garantice la participación en términos de igualdad entre los países ricos y pobres en la administración de los recursos”³²¹, aspecto único en el caso de los fondos internacionales, éste país también propuso que el Fondo garantice “financiar proyectos que incluyan en sus actividades la distribución de fármacos antiretrovirales”³²².

La participación en la cuarta Reunión ministerial de la OMC constituye otra de las acciones internacionales que Brasil ha llevado a cabo y que ha sido

³¹⁸ *Ibidem* p. 6

³¹⁹ *Ibidem* P.11

³²⁰ *Idem*

³²¹ *Idem*

³²² *Idem*

esencial para refrendar mediante acciones la postura que ha adoptado en la promoción y facilitación del acceso a medicinas. En esta reunión, a través del cabildeo y la coalición con varios países en desarrollo se logró hacer la Declaración de Doha para condenar y repudiar el hecho de que el acceso a la salud y a medicinas estuviera condicionado por la protección de la propiedad intelectual por medio del ADPIC; estableciendo que exclusivamente los Estados son quienes tienen que regular las políticas sanitarias y llevar a cabo distintas medidas para garantizarle a su población servicios sanitarios y medicamentos.

A partir de esta fecha y por esa razón se estableció el G-20 como una coalición de países en desarrollo para no permitir que el ADPIC y las políticas neoliberales atentara contra la salud de la población de los países postergados, para lo cual empezaron a negociar y a cabildear en bloque en las reuniones de la OMC. Brasil como parte del G-20 junto con India, Sudáfrica y los demás Estados pidieron que llevaran a cabo modificaciones al artículo del ADPIC que versa sobre las importaciones y exportaciones de medicamentos genéricos para que todas las naciones en desarrollo y menos desarrolladas pudieran producir, importar y/o exportar éstas medicinas para mantener la salud como un derecho universal. A esa modificación se le conoce con el nombre de “la solución del párrafo 6” y fue emitida por la OMC en agosto de 2003 como un gran logro en el acceso de medicamentos; empero aunque haya sido una victoria de los países subdesarrollados que se negociara dicha solución, la propuesta que dio la organización y que fue aceptada como solución, no contempló las circunstancias y las necesidades de éstos países, ni su lucha por la defensa de sus derechos y de que la salud sea vista como una mercancía, ya que no fue una solución viable, pues aunque se mostró así, sólo evidencia las dificultades, condicionamientos y obstáculos que tienen estos países, por lo que siguiendo esos lineamientos, la puesta en práctica de una política pro-genéricos para aumentar el acceso a medicinas se vislumbra compleja.

Posteriormente, en la Reunión de Cancún y en las sesiones de ONUSIDA, Brasil ha seguido defendiendo la misma postura de respetar la salud como un derecho universal, haciendo todo lo posible para preservarlo, razón por la que los genéricos son una parte de la política nacional y la postura internacional para aumentar el acceso a servicios de salud, que enuncia y busca para que se lleve a cabo en todo el orbe, especialmente en los países pobres, porque al lograr que se respete la salud como un derecho universal se podrá mantener la paz y la seguridad internacionales e incentivar el crecimiento y desarrollo global.

Para llevar a cabo todas estas acciones Brasil ha enarbolado la defensa de los derechos humanos como paradigma de la salud, pero tiene grandes problemas, puesto que los sistemas de salud siguen siendo deficientes y la asistencia médica no logra ser suficiente, empero comprende una gran mejoría y la diferencia en comparación con muchos países de América Latina y del mundo; la utilización de medicamentos genéricos ha sido muy significativa y efectiva en el caso del combate y control del SIDA en Brasil, pero aún tiene mucho que hacer para tener efectivos sistemas de salubridad y para que toda su población tenga acceso a medicamentos.

2.9. Brasil en la OMC

La postura que Brasil ha tenido en los foros internacionales y en especial en la OMC responde a diversas circunstancias, en primera instancia a la incorporación de las medicinas en la protección de la propiedad intelectual, a la insuficiencia de las invenciones y a los efectos que éstas decisiones empezaron a tener en el país.

La presencia de Brasil en la OMC se debe, como en la mayoría de los Estados miembros, a que era parte del AGAAC/GATT y a que firmó el tratado de Marrakech, por el cual el miembro desde el 1 de enero de 1995; pero el inicio de su postura se gestó durante las negociaciones de la Ronda de Tokio y de

Uruguay, en donde se opuso junto con México y otros países en desarrollo a la negociación de leyes y reglas para la protección de los derechos de la propiedad intelectual, por considerar que no sería benéfico para ellos y que conllevaría problemáticas de gran envergadura, empero en la Ronda Uruguay la oposición no fue tan exitosa, ya que los países industrializados, ofrecieron “ventajas y la apertura de su mercado para las exportaciones e importaciones agrícolas” si se aceptaba la inclusión de la protección de la propiedad intelectual en la Ronda y posteriormente en la OMC.

Después de esto, Brasil en la Reunión de Doha en noviembre de 2001 empezó a cabildear y hacer coalición con los países africanos con quienes tenía relaciones culturales y comerciales, con India y Sudáfrica para poder hacer uso de las excepciones y las salvaguardias del el ADPIC en el tema de los medicamentos y hacer contrapeso a la postura de Estados Unidos que era la más rígida, por el interés de proteger a sus farmacéuticas y porque en la presidencia de la reunión estaba el entonces secretario de economía de México Luis Ernesto Derbéz, lo anterior se pudo haber pensado como una ventaja para los países en desarrollo y un apoyo a las propuestas y negociaciones que presentaban; empero no sucedió así, porque México había sido muy presionado por Estados Unidos y además se pensaba que por ser socios comerciales, existía la posibilidad de que México aprobara la propuesta de Estados Unidos; sin embargo la actuación y negociación de México trato de ser conciliadora con ambas partes.

Posterior a este pronunciamiento que tuvo como resultado la Declaración de Doha y la “libertad” de que los gobiernos de los Estados miembros produjeran o no medicamentos genéricos en aras de velar por la salud de sus pueblos, que es un derecho universal.

Con está acción, Brasil consiguió la presión de las farmacéuticas transnacionales y la cooperación de los países subdesarrollados, lo primero repercutió en una demanda comercial ante el panel de solución de controversias de la OMC, por parte de Estados Unidos, quien argüía que Brasil había violado el ADPIC porque

estaba importando y produciendo genéricos para diversas enfermedades no sólo para el SIDA, lo cual no era una situación de emergencia nacional ni una amenaza a su seguridad nacional. La controversia fue resuelta, porque Estados Unidos al considerar la potencialidad del mercado y la presión de la opinión pública decidió retirar la demanda y entablar negociaciones con el país, para lograr que sus farmacéuticas siguieran teniendo el control del mercado brasileño, y redujeran los precios de algunos fármacos sin afectar sus intereses.

Cuando, en agosto de 2003, la OMC difundió “la solución del párrafo 6”, Brasil considero que no era muy satisfactoria por las especificaciones que revestía pero que era un “avance en el acceso a medicamentos porque se había logrado aplazar la fecha de la entrada en vigor del ADPIC en los países menos desarrollado, así como la importación y exportación de genéricos”³²³, y con las disposiciones que se enuncian, el país sudamericano empezó a importar y exportar a países en desarrollo.

En la reunión de Cancún, Brasil como parte del G-20 apoyó las declaraciones de India de seguir incentivando medidas para garantizar la salud y las medicinas a las personas de todo el planeta pero sobre todo en los países subdesarrollados, por ser un derecho universal y uno de los mayores mecanismos para mantener la paz internacional.

Actualmente, Brasil a través de la OMC ha buscado junto con India que se respeten las excepciones y flexibilidades del ADPIC en lo que respecta a la salud y ambos países han propugnado por la revisión de ADPIC referente a patentar las plantas, extractos y microorganismos, para evitar que esto y respetar la “convención de biodiversidad y proteger el conocimiento tradicional de plantas medicinales”³²⁴ y los usos que les dan los indígenas. Brasil, desde la conferencia

³²³ Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil consultado en www.mre.gov.br. El 14 de noviembre de 2004.

³²⁴ “Uma avaliação preliminar da conferência de Doha”, *Política Externa*. Vol.10,Núm. 3. Dez/jan/Fev-2001-2002. p. 70

de Doha ha defendido estos puntos, pero recientemente ha argumentado en la organización comercial que no deben de patentarse estos recursos colectivos que pueden significar una alternativa en el acceso a medicinas y en la protección de la biodiversidad para preservar la supervivencia humana y el desarrollo humano del planeta.

2.9.1. La postura de Brasil en torno al ADPIC de la OMC

1994 es el año en que se instituye la comercialización de salud puesto que por primera vez en la historia se incluye en las negociaciones comerciales el tema de la propiedad Intelectual y esto comprendía a los medicamentos, dado que también eran susceptibles de ser patentados. El ADPIC no sólo tiene importancia por lo anterior sino porque fue un acuerdo multilateral muy extenso compuesto por 73 artículos y firmado por 123 países en Marrakech, Marruecos y fue el resultado de 10 años de negociaciones en la Ronda Uruguay del AGAAC/GATT y su incorporación en 1995 como un pilar de la Organización mundial de comercio (OMC).

Hay que recordar que como para ser signatario de la OMC se tenía que firmar el ADPIC por lo que se estipuló que todos los miembros estaban obligados a cumplir con los aspectos establecidos y a modificar sus legislaciones nacionales de acuerdo con las reglas y disposiciones que habían aceptado, al firmar el acuerdo.

El ADPIC hizo diversas modificaciones para proteger los derechos de la propiedad intelectual, pero una de las más significativas en el tema de los medicamentos fue: la obligación de conceder propiedad patentaria a los productos y procesos farmacéuticos (novedad, actividad inventiva y la aplicación industrial).

La postura de Brasil con respecto a esto fue muy importante, porque condenó de manera enfática esta acción, pero fue hasta los años subsecuentes de la entrada

en vigor del acuerdo en éste país, ya que Brasil no ocupó el período de transición de 10 años al que tenían derecho los países en desarrollo, por lo que antes de ese plazo empezó a modificar las leyes sobre la propiedad intelectual para reglamentar los medicamentos en 1997, por tal cuestión se incorporan las modificaciones pertinentes para homologar la ley nacional con la normatividad internacional en materia de la protección y registro de patentes en productos farmacéuticos. Además de la inclusión de las salvaguardias y excepciones del ADPIC en el caso de la salud, para no afectar a la población brasileña en la obtención de servicios sanitarios y mellar los avances que habían logrado en el sistema de salud y en los derechos plasmados en la constitución; para lograr esto, el entonces Presidente Fernando Henrique Cardoso utilizó las salvaguardas para poder llevar a cabo una política de salud pública para la producción y distribución de los medicamentos genéricos. Por tal motivo, Brasil al ver los efectos que este acuerdo tenía en el ámbito social, farmacéutico y político, que sólo bajo el amparo de las salvaguardias conferidas en la ley nacional de propiedad intelectual permitía la producción de genéricos siendo una alternativa para dirimir la amenaza de la crisis de medicamentos y el aumento de decesos por enfermedad.

Por lo anterior, fue uno de los países que pugnó vehementemente al igual que India porque los países menos desarrollados contaran con más tiempo para la revisión y modificación de sus legislaciones sobre propiedad intelectual, para que pudieran incorporar las modificaciones pertinentes para utilizar las salvaguardias que más les conviniera y que menos afectara a sus poblaciones. Con esta postura Brasil y otros Estados lograron aumentar dicho plazo hasta el 1 de enero de 2016, lo que no nada más fue un avance para estas naciones sino también para las demás, puesto que las más grandes como Brasil e India podían utilizar dicho período para exportar versiones genéricas asequibles e incentivar la cooperación sur-sur.

La actitud del país sudamericano es muy comprensible, ya que al experimentar la situación, se dio cuenta de muchas de las implicaciones del ADPIC y lo que conllevaba. Para lo cual la actuación en la Conferencia de Doha tuvo repercusiones favorables, porque a pesar de que sólo se gestó la modificación del párrafo 6, los países que habían incorporado las salvaguardias a sus legislaciones pudieron utilizarlas en pro del interés de sus naciones.

2.9.2. La firma del ADPIC y su entrada en vigor en Brasil

El ADPIC fue “firmado por Brasil en 1993 en las negociaciones de la Ronda Uruguay, el cual fue internacionalizado el 31 de diciembre de 1994 por medio del decreto nacional legislativo núm.30/94, por el que se también se convirtió en una norma del derecho brasileño”³²⁵ y entró en vigor el 15 de mayo de 1997. Según las disposiciones del mismo acuerdo, el país tenía derecho, por ser una nación en desarrollo de usar un período de transición para la protección de la propiedad intelectual en los medicamentos y en los tratamientos terapéuticos que inicialmente era de 5 años y fue “ampliado a 10, para que entrara en vigor en todos los países signatarios el 1 de enero de 2005”³²⁶.

En el caso de Brasil, se hizo uso de 2 años de transición porque cuando se firmó el acuerdo este país incluyó un período de transición de un año y contó con otro año a partir de la firma del ADPIC hasta la internacionalización del mismo. “El acuerdo le permitía el “depósito de patentes en el Instituto Nacional de la Propiedad Intelectual (INPI) de productos que ya estaban patentados o en fase de registro en otros países, pero que aún no habían sido comercializados en ningún país, dicha situación se conoce como fuente de documentos confidenciales o *pipeline*”³²⁷ y está contemplado dentro del ADPIC.

³²⁵ Claudia, Cilento Dias. *Op. Cit.* P.16

³²⁶ EL ADPIC y la salud pública. Organización mundial de Comercio, consultado en www.wto/adpic.org, el 19 de abril de 2005.

³²⁷ Claudia, Cileto Dias. *Op.Cit.* p.16

La anterior situación se debe a que si Brasil aceleraba el tiempo para la entrada en vigor del ADPIC podría tener mayores versiones genéricas, puesto que el ahí se establece que los medicamentos patentados serán protegidos y los demás tendrán que ser patentados en el país signatario cuando el acuerdo entre en vigor. Así el país sudamericano disminuyó el período de transición para tener “una posición privilegiada para poder lanzar como genéricos medicamentos recientes que poseen patente en todo el mundo” esto fue posible porque según las adaptaciones del ADPIC a la legislación nacional de propiedad intelectual prevé que solamente a los medicamentos comercializados, a partir del 15 de mayo de 1997 se les debe de respetar y proteger la patente”³²⁸, esta medida es muy importante, pero cabe considerar que si se hubiera hecho uso del tiempo total de transición, es decir 10 años, se tendrían mayores versiones genéricos de muchos de los fármacos que actualmente tienen patente en todo el mundo.

Brasil, en dicho acuerdo también negoció hacer todas las modificaciones que considerara pertinentes para incentivar el desarrollo científico y tecnológico nacional, así como el mejoramiento de las condiciones de salud para el bienestar común.

Bajo estas condiciones entró en vigor el 15 de mayo de 1997, el ADPIC en lo referente a los medicamentos, marcando pautas y condiciones que no existían con antelación en el país sudamericano.

2.10. La propiedad intelectual en Brasil

El establecimiento de los derechos de la propiedad intelectual en este país surgió en 1809 cuando la corte portuguesa instituyó “la primera ley sobre patentes y la apertura de los puertos brasileños, en esa época, únicamente se reconocían los derechos del inventor por intermedio del príncipe regente; la

³²⁸ *Ibidem* p.17

concesión de la patente se otorgaba si cumplía con los requisitos de novedad y utilización del objeto para el bien común”³²⁹. Dicha ley estuvo vigente durante todo el siglo XIX y por la importancia que le confería a los derechos de propiedad intelectual como un mecanismo para el crecimiento suscribió la Convención de Paris de 1883 y la Convención de Berna de 1886 sobre los derechos de autor.

Subsecuentemente, en 1945 esa ley sufrió algunas modificaciones, ya que excluyó el derecho de patente para “las sustancias obtenidas por medios químicos, los productos alimenticios y los medicamentos. La patente de los productos farmacéuticos fue totalmente abolida en 1969, así como los procesos para la modificación de tales productos, al hacer esto, Brasil no firmó ningún documento internacional”³³⁰ referente a este tema, aspecto por el cual a partir de los años 60 se fabricaron los primeros genéricos y no existía ninguna penalización al respecto, además de que como había suscrito el Convenio de Paris seguía vigente la disposición que refería a que quedaba a cargo de cada país la decisión de que era posible patentar y que no, asegurando un trato igualitario tanto para nacionales como para extranjeros.

Esa consideración tan importante sobre los medicamentos dejó de tener vigencia hasta el 15 de mayo de 1997, año en que se modificó la legislación para el establecimiento de la ley 9.279 sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual que comprendía la incorporación de los medicamentos a esa nueva disposición jurídica y que iba crear una reglamentación sobre la materia y que iba a garantizar y vigilar la protección de las patentes de las medicinas y de todos los procesos farmacéuticos y terapéuticos.

³²⁹ Lima, Rêgo, Elba Cristian. *Op. Cit.* p.68

³³⁰ *Idem*

2.10.1. El Instituto Nacional de la Propiedad industrial (INPI)

El instituto Nacional de la Propiedad Industrial es la entidad federal encargada de todo lo referente a la propiedad intelectual en Brasil y depende del Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior. Fue creado en 1970 para “ejecutar en el ámbito nacional, las normas que regulan la propiedad industrial tomando en cuenta los aspectos sociales, económicos, jurídicos y técnicos. De igual manera tiene la competencia para la ratificación y denuncia de convenciones, tratados, convenios y acuerdos internacionales sobre la propiedad industrial”³³¹.

El INPI fue creado en “substitución del Departamento de Propiedad intelectual; las tareas del instituto son: la concesión de marcas y patentes, la responsabilidad por los contratos de transferencia de tecnología, del registro de programas de computación, contratos de franquicias internacionales y el registro de diseños industriales”³³².

El tema de la propiedad intelectual recientemente ha empezado a tener mucha importancia en la economía brasileña, aspecto por el cual uno de los objetivos del INPI es utilizar la propiedad intelectual como un mecanismo poderoso para incentivar el desarrollo y crecimiento nacional a través de una política industrial y tecnológica. En este sentido se ha buscado que el INPI además de regular todas las actividades sobre propiedad intelectual, utilice ésta como elemento favorecedor para la evolución científico-tecnológica en el país y para tener mayores márgenes de negociación y más ventajas en los foros internacionales.

³³¹ Instituto Nacional de la propiedad Industrial (INPI). Creación de INPI, consultado en www.inpi.gov.br, el 23 de abril de 2005.

³³² *Idem*

2.10.1.1. La protección de la propiedad intelectual en los medicamentos

Como se mencionó anteriormente en la investigación, en Brasil no existía una reglamentación sobre las patentes de medicamentos y esto era básicamente porque desde la segunda mitad del Siglo XIX se consideraba que el hecho de patentar las medicinas no era benéfico para la población ni para la industria farmacéutica nacional.

Aunado a esto se pensaba que las medicinas y las sustancias químicas no deberían de ser patentadas porque estaban relacionadas junto con los alimentos al bienestar de las personas, “pero si reconocía las patentes de los procesos farmacéuticos y químicos, lo que representaba de alguna manera salvaguardias para el sector”³³³. Sin embargo la situación no se mantuvo así por mucho tiempo, ya que el “21 de octubre de 1969, por medio del decreto de ley 1005 se suspendió el reconocimiento de patentes de procesos farmacéuticos y químicos, lo que permitió en primera instancia la fabricación de medicamentos similares e incentivó la producción de materia prima farmacéutica por copiar procesos conocidas a costos mucho menores que los necesarios para el desarrollo de nuevas medicinas”³³⁴, por lo que se entiende la proliferación de genéricos y similares y que en la actualidad sea el soporte de la industria farmacéutica nacional.

En 1971, se estableció definitivamente que no iban a ser privilegiadas ni patentadas “las sustancias, materias, mezclas o productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y medicamentos de cualquier especie, así como los respectivos procesos de obtención y modificación, de esa forma, son abolidos los privilegios sobre lo referente a las medicinas en Brasil, por lo que a partir de esta ley, cualquier sustancia activa podía ser copiada”³³⁵, y fabricar versiones genéricas y similares.

³³³ Cilento Dias, Claudia. *Op. Cit.* p.13

³³⁴ *Ibidem* p. 13

³³⁵ *Ibidem* p.14

En el período en que no se respetó en Brasil la patente de los medicamentos y los procesos farmacéuticos se trató de incentivar la industria con tecnología interna en la industria farmacéutica, como resultado de esos intentos se creó la Central de medicamentos en 1972 “que preveía además de adquirir y distribuir medicamentos a bajo costo para la población, el fomento a la investigación para el descubrimiento de nuevas medicinas y materias primas”³³⁶, esta acción repercutió en el desarrollo de 140 fármacos, dándole prioridad a los productos de la lista nacional de medicamentos esenciales (RENAME). Así tales disposiciones no lograron beneficiar a la industria farmacéutica nacional, por el contrario tuvieron diversas consecuencias como: poco desarrollo de la industria, el atraso en el acceso de nuevas fórmulas médicas, la pérdida de recursos públicos y la falta de inversiones.

Desde esa fecha hasta 1995, no se volvió a incorporar la protección de las patentes de las medicinas y esa decisión se tomó por la suscripción del ADPIC y la necesidad de hacer compatible la ley de propiedad intelectual nacional con la internacional adoptada en la OMC, 2con lo que se instauró la protección de la propiedad intelectual de los medicamentos, práctica que no era protegida y que en general no estaba contemplada en su tradición histórica en propiedad intelectual”³³⁷

2.10.1.1.1. El uso en Brasil de las patentes en las medicinas

La utilización de las patentes representa un derecho exclusivo sobre las creaciones que una persona realiza en determinado lugar y que implica regalías o la exigencia de pagos económicos, las patentes tienen grandes ventajas para las personas que las detentan como “incentivar la producción científica y tecnológica para incrementar el desarrollo de los países y

³³⁶ *Idem*

³³⁷ *Idem*

el bien común”, pero también tiene grandes implicaciones para quienes consumen los productos patentados uno de ellos es el costo tan elevado.

Considerando la situación anterior, el gobierno brasileño no ha tenido una tradición notable de patentes, ya que el uso de las patentes empezó como la protección de derechos exclusivos y no fue visto como un mecanismo para el desarrollo científico y tecnológico hasta 1969, lo que explica porque no se ha apoyado tanto la protección de la propiedad intelectual y sólo se ha impulsado en fechas recientes por las diversas presiones internacionales al firmar el extenso ADPIC y la necesidad de abrir el mercado brasileño. La situación anterior también comprende el caso de los medicamentos y en este sentido es muy lógica, ya que siempre se había considerado que los fármacos y los alimentos eran productos esenciales que no debían de estar patentados por la estrecha relación con la vida y las repercusiones que tienen en el ámbito social.

Debido a éste argumento siempre se habían excluido de la ley de patentes brasileñas, puesto que las características de la industria farmacéutica estaban vinculadas con la situación patentaria de las medicinas.

Las patentes son cruciales para las áreas tecnológicas cuyos avances dependen de las grandes inversiones en investigación y desarrollo por lo que para la industria farmacéutica son indispensables; empero como en Brasil no existía una industria farmacéutica de innovación ni se invertía en tecnología por lo que no se consideraban necesarias las patentes para el desarrollo y crecimiento de la industria, por lo que la ley relativa a éstas no contemplaba la protección de los medicamentos por no responder a las circunstancias y necesidades tanto de la industria como de la población.

Cabe señalar, que ha sido hasta fechas recientes y con la entrada en vigor del ADPIC que se ha establecido la necesidad de la protección de los derechos de propiedad intelectual mediante la utilización de las patentes, especialmente en lo

referente a lo científico–tecnológico, biotecnológico, en el campo de las telecomunicaciones, la ingeniería química y el área farmacéutica. En ésta última es donde mayores dificultades se han tenido puesto que al nunca haber sido los fármacos en Brasil sujetos de patentarse no se tenían leyes que incentivaran el desarrollo tecnológico de las sustancias químicas ni que alentarán a la creación de nuevas medicinas por medio del registro de estas nuevas invenciones mediante las patentes para un crecimiento y fortalecimiento de la industria, por el contrario promovían de alguna manera la imitación y la subsistencia de copias de productos farmacéuticos de las grandes transnacionales que tenían protección de las patentes en los países desarrollados pero no en Brasil, razón por la cual, al ser éste país el segundo mercado en América Latina y el 10mo a nivel internacional, para estas empresas era necesario contar con la protección de las patentes de sus medicamentos y a través de la firma del ADPIC se logra modificar la situación de las patentes de los fármacos y toda la tradición que existía de no utilizar las patentes en el campo farmacéutico.

2.10.1.1.2. La regulación sobre los genéricos

Al prevalecer la situación antes descrita, existía una gran proliferación de todo tipo de medicamentos, de los cuales la población no tenía conocimiento, ya que en el mercado farmacéutico se encontraban los denominados fantasía o similares, los genéricos y los patentados. Esta clasificación generaba confusión entre la gente, ya que al concentrar Brasil grandes porcentajes de gente en condiciones de pobreza y pobreza extrema, grandes cantidades de personas consumían básicamente los genéricos y los similares³³⁸, estos últimos eran utilizados indistintamente, ya que no se conocían las diferencias y se creía que el uso terapéutico era igual, sin embargo no era así.

³³⁸ Los medicamentos similares son aquellos que contienen los mismos principios activos de los fármacos de marca o de referencia, que se administran en la misma vía de administración, la misma posología pero no contienen las mismas concentraciones ni validez, por lo que la efectividad y el uso terapéutico no es el mismo, lo que no garantiza una mejoría o alivio del malestar. Fuente: Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF). Consultado en la página www.amiif.org.mx, el 26 de febrero de 2005.

En el caso de los medicamentos genéricos, éstos no eran regulados bajo ninguna ley de sanidad o gubernamental. Por eso desde el surgimiento de los genéricos en este país en 1976, sólo existía la autorización del gobierno federal para que las farmacéuticas nacionales pudieran producirlos, hasta que en 1983 se volvió obligatoria la utilización de la Denominación Común Brasileña (DCB) de la sustancia activa, es decir por nombre genérico y no sólo por la marca comercial.

Así, fue hasta 1999 que con la instauración de los medicamentos genéricos según las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se creó la ley 9787 para que regulara estas medicinas, según las reglas internacionales para su producción, registro, prescripción y la realización de las pruebas de biodisponibilidad, bioequivalencia y disolución. Esta ley junto con la resolución 391 de enero del 2001 son las únicas disposiciones jurídicas que regulan el proceso de producción, la incorporación y el registro de los medicamentos genéricos en Brasil.

2.10.1.2. La ley de patentes en Brasil

La ley de patentes de 1945 y que fue reformada en lo relativo a las sustancias farmacéuticas, los tratamientos terapéuticos y los medicamentos en 1969, fue determinante junto con la ley 5772 de diciembre de 1971 para crear un artífice de la propiedad industrial en Brasil, ya que por medio de estos instrumentos legales se instituyó un código de la Propiedad Industrial en el que se resaltaba en el artículo noveno que establecía que “las sustancias, las materias primas, las mezclas o productos alimenticios, químicos y farmacéuticos, así como los medicamentos de cualquier especie y los respectivos procesos de obtención y modificación. Con esa disposición se legalizaba el hecho de que Brasil pudiera copiar libremente la tecnología de dichos productos e invertir para convertirse en un país innovador”³³⁹, aunada a ésta la ley de Vigilancia Sanitaria determinó en

³³⁹ Kanter, Mariany Sara. “Depois da lei de patentes...” en *Boletín SOBRAVIME* Núm.31 de la Sociedad Brasileña de Vigilancia de Medicamentos. Octubre-Diciembre de 1998.

su artículo 20 el derecho de productos farmacéuticos por similitud, es decir que se aprobó la producción y registro de los medicamentos similares.

Las disposiciones anteriormente señaladas tenían como objetivo respetar el artículo quinto de la constitución brasileña que versa sobre la propiedad intelectual, y determina que “la ley asegurará a los autores de inventos industriales el privilegio temporal para su utilización como protección de sus creaciones mediante marcas o nombres de las empresas y otros signos distintivos (*como las patentes*) teniendo siempre en cuenta el interés social y el desarrollo tecnológico y económico del país”³⁴⁰, así como garantizar el acceso a bienes sociales relativos al mantenimiento de la vida como los alimentos y las medicinas.

Sin embargo, dicha situación 25 años después cambió totalmente, ya que con la firma del ADPIC en 1993, se empezó la discusión para la creación de una nueva ley de patentes “a pesar de los esfuerzos de la industria química y farmacéutica nacional, de algunos centros de investigación y sectores gubernamentales”³⁴¹, quienes consideraban que dicha ley no les beneficiaría por el contrario, ya que se preveía por la firma del Acuerdo internacional la inclusión de los medicamentos en la protección de la propiedad intelectual, puesto que se veía a esta ley como la consolidación “del esfuerzo efectuado durante 5 años por los gobiernos de Collor de Mello, Itamar Franco y del propio Fernando Henrique Cardoso para introducir en Brasil las imposiciones de la globalización en materia de propiedad intelectual”³⁴².

La ley 9279 sobre la propiedad intelectual con las nuevas disposiciones fue terminada el 14 de mayo de 1996 y entró en vigor el 15 de mayo de 1997 por lo

³⁴⁰ Constitución Brasileña de la República Federativa de Brasil. Artículo 5to, Brasil. 1988. P.3. Traducción libre.

³⁴¹ Kanter, Mariany Sara. Op cit. P.70

³⁴² Hathaway, David. “Ley de propiedad industrial en Brasil: perjuicios retroactivos” en *Revista del Sur*. Núm. 58. Julio de 1999. Uruguay. Consultado en www.ciberzoo.org.uy/revista.058/patentes.html. El 4 de enero de 2005. p.19

que sustituyó a la anterior e incluyó muchos apartados que no se consideraban susceptibles de ser patentados pero que estaban en el ADPIC por lo que Brasil al suscribirlo tuvo que hacer las modificaciones necesarias para protegerlos, especialmente en lo referente a los fármacos y a los alimentos.

Con la aplicación de esta ley, “entraron en forma inmediata los derechos retroactivos de la industria química y farmacéutica y se dio un plazo de un año para los demás aspectos”³⁴³; uno de los artículos que tendrá mayores implicaciones sociales y comerciales es la protección de información confidencial o *pipeline*, ya que “según el artículo 243 de dicha ley se deberá cumplir durante algunos años con la remesa de regalías sobre productos que en Brasil ya ni siquiera se considerarían patentados por encontrarse en dominio público”³⁴⁴. Con esta disposición también se permitirá el monopolio de importación a los propietarios de las patentes, se comprometerá la incipiente investigación nacional en ciencias básicas y, entre otros efectos reducirá eventuales inversiones de las empresas, tanto extranjeras brasileñas³⁴⁵, lo que evidente no beneficiará a la población ni al país, sino que corresponde a la aplicación e integración de las normas internacionales del ADPIC a la legislación nacional y a los intereses de los grupos transnacionales de los países industrializados.

La ley de patentes de 1997 que está vigente en Brasil consta de 8 títulos, 50 capítulos y 244 artículos que están coordinados con el ADPIC y que versan sobre todos los ámbitos que dispone el acuerdo internacional. Lo innovador de ésta ley es que por primera vez incorpora áreas que la legislación brasileña no contemplaba como son los procesos biotecnológicos en los seres vivos como las patentes sobre plantas y animales.

³⁴³ *Idem*

³⁴⁴ *Ibidem* p.20

³⁴⁵ “La ley de patentes en Brasil. Entre gallos y medias noches” *Revista del sur*, núm.56, mayo de 1996. Uruguay. p. 25

Otro de los aspectos relevantes de esta ley es que fue redactada y aprobada ante el Senado brasileño con carácter de urgente para cumplir con los compromisos internacionales adquiridos en el seno de la OMC, ya que “se descartaron otras propuestas” que podrían ser más favorables para el país. “No obstante, la armonización de las leyes nacionales no puede subordinarse a una lógica que represente una traba al desarrollo industrial nacional. En este sentido, la legislación brasileña no puede efectuar concesiones más allá de las estrictamente necesarias al respeto de los compromisos internacionales y multilaterales asumidos por el país, aunque en dicha ley se hayan hecho concesiones innecesarias o exageradas que sobrepasan lo negociado en la Ronda Uruguay.”³⁴⁶

Esta ley incorpora por primera vez en la historia de la propiedad intelectual en Brasil, temas como la transferencia de tecnología y mecanismos como el uso de las licencias obligatorias y las voluntarias. Así, esta ley ha representado cambios significativos en la propiedad intelectual y especialmente en el tema de los medicamentos, para lo cual se han llevado a cabo importantes modificaciones.

*2.10.1.2.1. Las reformas a la ley de patentes a partir de los
Acuerdos de los Aspectos de los Derechos de Propiedad
Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)*

La ley de patentes ha sufrido grandes modificaciones con el ADPIC, razón por la cual se tuvo que redactar una nueva legislación en materia de propiedad intelectual que suplantara a la que había regulado esa materia hasta principios de 1997. Una de las mayores modificaciones que se hizo fue lo referente a las sustancias químicas, farmacéuticas y a los medicamentos, para que la protección de la propiedad intelectual de dichos productos, específicamente las patentes estuvieran protegidas a partir de que la ley entrara en vigor. Para los demás productos o áreas se especificó que se aplicaría la

³⁴⁶ *Idem*

protección hasta 1998. Además por las disposiciones del ADPIC, en la ley sólo se establecieron como patentables todos los “microorganismos transgénicos”³⁴⁷.

Cabe señalar que el artículo 18 establece todo lo que no se puede patentar aduciendo el respeto a las cuestiones morales, “las buenas costumbres” y el interés nacional, por lo que condena acciones que atenten contra éstas y el desarrollo del país, esto puede entenderse como el repudio a la patente del genoma humano y sus aplicaciones en la farmacéutica, puesto que no permite que se patenten “el todo o parte de los seres vivos naturales y materiales biológicos hallados en la naturaleza, e incluso aislados a partir de ella, incluyendo el genoma o germoplasma de cualquier ser vivo y los procesos biológicos naturales”³⁴⁸. Pero de igual manera, la falta de cualquier mención a los procesos biológicos implica que éstos, las técnicas y los productos resultantes pueden ser patentables; lo que contrapone de manera clara la transferencia tecnológica en pro del interés social y “constituye un acto de sumisión política de Brasil porque la Convención sobre Diversidad Biológica suscrita y ratificada por el país y otros 140 Estados garantiza el acceso a los recursos genéticos de su biodiversidad nacional”³⁴⁹.

Lamentablemente no existe limitación alguna sobre “la patente de genes de bacterias transgénicas cuando estos son transferidos por técnicas de ingeniería genética hacia un genoma de una planta o de un animal, haciendo que la reproducción de plantas o animales transgénicos comprenda también la reproducción ilegal un gen patentado”³⁵⁰. Así, las medidas tomadas para enmendar los artículos que versan sobre esto fueron aprobados por la Comisión de Constitución y Justicia pero fueron “rechazados por el gobierno mediante la

³⁴⁷ Para los efectos de dicha ley se determina que son microorganismos transgénicos aquellos organismos, que expresen mediante intervención humana directa en su composición genética, una característica no alcanzable por la especie en condiciones naturales. Artículo 18 de la Ley 9279, referente a las Propiedad Industrial en Brasil. 14 de mayo de 1996, Brasil. P. 5

³⁴⁸ Hathaway, David. *Op.Cit.* p. 20

³⁴⁹ *Idem*

³⁵⁰ *Ibidem* p.22

comisión de Asuntos Económicos”³⁵¹. Aspecto que tendrá serias repercusiones sociales, políticas, comerciales y para la industria nacional.

Una de las modificaciones favorables es esta ley en el artículo 10 y el 18 establecen que “ningún ser vivo o proceso biológico natural o ninguna planta o animal serán patentables como tales”³⁵². Empero como se mencionó anteriormente, el avance tecnológico puede modificar dicha situación, ya que no existe un límite claro entre lo que es natural y lo que es una invención, y esto implica serias dificultades en la aplicación de la ley en este tema, ya que en el caso de “los materiales biológicos naturales sería suficiente que una empresa cristalizara una sustancia, además de aislarla para poder tener una patente sobre esta invención”³⁵³, lo que por supuesto no evitaría la biopiratería ni que se patentaran organismos vivos de plantas y animales.

Otro de los cambios importantes es que con la ley anterior, el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial podía decidir sobre la conveniencia de los intereses nacionales y con base en éstos determinar que productos, procesos y áreas eran susceptibles de utilizar las patentes, así como establecer si se firmaban o se rechazaban los contratos de transferencia de tecnología según la conveniencia del país, sin embargo, en la ley actual perdió este poder, “pero en compensación ganó el poder de definir la legitimidad y la capacidad técnica y económica de los empresarios nacionales para fabricar en Brasil los productos patentados que estén siendo importados por las multinacionales”³⁵⁴.

En este sentido, el hecho de que las tecnologías de los procesos químicos, biológicos y farmacéuticos estén patentadas significa un gran cambio porque desde 1997, los científicos brasileños no han podido utilizar libremente dichas técnicas ya que han tenido que pedir permisos y pagar regalías.

³⁵¹ *Idem*

³⁵² *Idem*

³⁵³ *Ibidem p.21*

³⁵⁴ *Idem*

Por otra parte, se pueden ver con respecto a la ley anterior grandes diferencias, puesto que por primera vez en una ley de propiedad intelectual se incorporan salvaguardias para proteger el interés nacional y el desarrollo económico, político y social. Sólo son 7 artículos los que prevén la utilización de salvaguardias que son el 68, 69,70,71,72,73 y 74. El 68 establece que se puede tener una licencia obligatoria si las personas que detentan las patentes abusan del poder económico que éstas dan, también se determina en que condiciones se puede aplicar las licencias obligatorias, entre las que destacan las siguientes: la falta de producción o fabricación incompleta, la ausencia del uso integral del proceso patentado y en los casos de inviabilidad económica. Aunado a ello, la licencia podrá ser pedida por “personas con capacidad técnica y económica para explotar la patente pero destinando la producción al mercado interno”³⁵⁵. Este artículo es uno de los más importantes porque presenta la perfecta relación y adaptación del artículo del ADPIC para el uso de licencias obligatorias.

Se contemplan las licencias obligatorias en los caso de emergencia nacional, de interés público y para combatir prácticas anticompetitivas. Estos casos deben de ser determinados por el ejecutivo. Sin embargo, hay que mencionar que aparte de lo anterior, los casos de emergencia tienen que ser autorizados por el órgano competente, lo que refiere una ventaja al dar sólo a los brasileños la facultad de decidir cuales son sus emergencias nacionales y su interés público y eso puede beneficiar en el caso de la industria farmacéutica la producción nacional y no coartar la fabricación, comercialización y consumo de medicamentos genéricos, lo que significaría no anteponer las ganancias de las grandes transnacionales farmacéuticas en Brasil a la salud y el acceso a los medicamentos de la población de éste país. Pero hay que recordar que aunque esta medida es favorable también puede tener repercusiones si el ejecutivo y las autoridades competentes actúan en pro de sus intereses o los de su partido o de las elites políticas y no en pro del verdadero interés nacional y el beneficio de la nación.

³⁵⁵ Artículo 68 de la Ley de Patentes de Brasil. Brasil 14 de mayo de 1996. p.12 Traducción libre.

Brasil contempla en su actual ley de propiedad industrial la utilización del uso de la salvaguardia de extinción nacional e internacional de derechos, que significa que cuando se extingan los derechos de las patentes nacionales o internacionales se puede fabricar libremente el producto sólo si la importación es insuficiente para el mercado nacional, de igual manera se establece que se podrán utilizar estas excepciones limitadas de derechos cuando se atente de manera injustificable contra la explotación normal de la patente.

Con respecto a la retroactividad en el pago de regalías, la ley determina que no se harán con respecto a los productos fabricados en el país o que impliquen procesos nacionales.

En el área de la investigación, no se permite la aplicación de la excepción tipo Bolar, sólo se especifica que se podrán realizar investigaciones con la autorización del titular de la patente y mediante pagos específicos, lo que de alguna manera condena la investigación científica nacional si algunos procesos están patentados o los científicos nacionales no tienen la capacidad económica para pagar esos derechos.

Las modificaciones que se hicieron a las patentes y el establecimiento de esta “nueva” ley de propiedad industrial fue rechazada en diversas ocasiones por científicos, algunos políticos y en general por la sociedad civil, al considerar que era una legislación más rígida de lo que tendría que ser y que el mismo ADPIC, incluso se condena argumentando que contrapone los intereses del pueblo brasileño y que contradice el artículo 5 de la constitución en lo referente a que cualquier disposición e instrumento jurídico deben de fomentar el desarrollo y crecimiento sociales.

Lo cierto, es que en dicha ley hacen falta muchas especificaciones y aclaraciones con respecto a lo que es patentable y lo que no, ya que como se mencionó anteriormente el límite entre lo natural y las “invenciones científicas” no es claro,

así los avances biológico-tecnológicos ocurren con mayor celeridad que las leyes, por tanto cuestiones como patentar el genoma humano o las células de plantas y animales se determinan como no patentables, pero lo cierto es que con algunas variaciones científicas se podrían patentar y esto implicaría comprometer y comercializar bienes globales y atentar contra el desarrollo de futuras generaciones.

2.10.1.2.2. La protección de las patentes de los medicamentos a partir de la entrada en vigor del ADPIC

Con la entrada en vigor de esta ley, automáticamente se cumplió con los deseos de las farmacéuticas transnacionales de proteger las patentes de sus medicamentos en el territorio brasileño, evitando según el argumento de éstas empresas la proliferación de la piratería “que atentaba contra la investigación científica-farmacéutica” y el desarrollo de nuevos fármacos.

Para efectos de la protección de las medicinas según la ley vigente, se determinó que todos los medicamentos producidos hasta el 14 de mayo de 1997 estaban exentos de patente y por ende de la protección de éstas. Por tal razón todos esos fármacos pueden tener versiones genéricas y ser comercializadas para lograr que un mayor número de personas tenga medicinas asequibles.

A partir del 15 de mayo de 1997, fecha en que entra en vigor la ley, todos los fármacos producidos e importados en Brasil deben de estar patentados, en el caso de las medicinas producidas por laboratorios transnacionales se determinó que se tenían que respetar las patentes cuando los titulares de éstas presentaran un registro en el país. Para el caso de los laboratorios nacionales la situación no es distinta, ya que todos los procesos farmacéuticos tienen que ser registrados, así como los medicamentos. Con lo que contarán con la protección de la patente por un período mínimo de 20 años, el cual puede ser renovado, según la ley por otros 10 años si así lo solicita el propietario de la patente.

Por las disposiciones de la ley de 1997 no se permite la producción de genéricos recientes es decir desde la fecha en que entró en vigor hasta que ésta sea derogada, razón por la cual los nuevos fármacos no tienen versiones genéricas en Brasil y esto solo es posible si el gobierno determina que esto afecta la salud de la población, o si existe una emergencia nacional o se atenta contra la seguridad nacional, así como si se argumenta insuficiencia en la producción nacional o la falta de abastecimiento del mercado interno.

Cabe señalar que el país sudamericano mediante estas disposiciones en el caso del SIDA ha logrado suspender las patentes de algunos medicamentos como el caso de la patente “del antirretroviral Kaletra, producido por la farmacéutica transnacional Abbott, la cual se rehusó a bajar el precio”³⁵⁶ esta acción ha sido posible por la utilización de la licencia obligatoria. En este sentido, sólo mediante acciones como éstas y la determinación de la seguridad nacional, que es un derecho exclusivo de Brasil, se podrán suspender algunas patentes para que la población pueda tener medicinas a precios más bajos.

2.10.2. Las implicaciones del ADPIC en Brasil

El ADPIC en Brasil ha tenido diversas consecuencias porque no existía la costumbre de la protección de las patentes en los medicamentos esto ha conllevado implicaciones en diversos ámbitos, en primera instancia en las empresas farmacéuticas transnacionales quienes han logrado asegurar sus ganancias por medio de estos derechos. Como se mencionó con antelación, las medicinas tienen una gran importancia por estar relacionadas con la salud y esto inevitablemente tiene efectos en la población en general y especialmente en la que tiene menos recursos.

³⁵⁶ “Amaga Brasil con ignorar patente de antirretroviral” en *La Jornada*. Domingo 26 de junio de 2005. Sección de Economía. México. p.23

Por otra parte, la suscripción de este acuerdo ha ocasionado grandes cambios como la adopción de políticas sanitarias, así como las consecuencias en la industria farmacéutica nacional, ya que las disposiciones de la nueva ley de patentes al proteger los procesos farmacéuticos y los fármacos recientes han limitado la producción de medicamentos genéricos recientes.

Sin embargo los principales efectos son aquellos que se ubican en el ámbito social y económico.

2.10.2.1. Los efectos en materia de salud y las políticas sanitarias

En primera instancia, el ADPIC ha hecho manifiesta la comercialización de la salud en Brasil y de alguna manera ha limitado el acceso a los medicamentos, porque éstos al estar patentados elevan mucho su costo y se convierten en inaccesibles para la gente de bajos recursos.

La utilización de los genéricos ha sido una de las políticas gubernamentales más exitosas, ya que ha significado una de las maneras para que un mayor número de personas tengan acceso a los medicamentos, en este sentido se ha logrado que el Estado para garantizar el derecho fundamental de la salud que establece en la constitución y que a su vez no se vea acotada o limitada por el ADPIC ha puesto en marcha iniciativas como la farmacia popular y la entrega de canastas de fármacos gratuitos para la gente que más lo necesita.

En el caso de medicinas asequibles el ADPIC también ha tenido grandes implicaciones: la primera estriba en que el gobierno tiene la política de otorgar gratuitamente a los enfermos de SIDA el cóctel antiretroviral pero debido a la protección del ADPIC éste no había podido ser fabricado en su totalidad por los laboratorios estatales, ya que 3 de los componentes son producidos por las grandes transnacionales como Abbott y Merck, “con los que en el mes de junio del año actual el ministro de salud y el presidente de la República Luiz Inacio

“Lula” da Silva empezaron a negociar para lograr un descuento, empero no resulto y por eso se utilizó la licencia obligatoria arguyendo que es una situación de seguridad nacional y una situación que afecta a la salud de miles de personas”³⁵⁷. Es claro que Brasil ha logrado bajar las cifras de personas infectadas y eso obedece a una ardua lucha de la sociedad, que el Estado no está dispuesto a perder no sólo por garantizarles este derecho sino porque el no hacerlo tendrá grandes consecuencias.

El ADPIC ha repercutido también en que los medicamentos recientes ya estén protegidos y que sean mucho más caros, por lo que las innovaciones farmacéuticas para algunas enfermedades no podrán ser utilizadas por las poblaciones vulnerables, que en el caso de Brasil son cerca de 30 millones de personas y sólo podrán hacer uso de versiones genéricas farmacéuticas producidos hasta 1997, lo que de alguna manera restringe el acceso a medicinas y enfatiza la comercialización de la salud, ya que con el devenir de los años serán cada vez más las medicinas que no podrán convertirse en genéricas se tendrán que esperar 12 años a partir de este año para que se cumplan los 20 y así poder tener genéricos de las medicinas que hoy son innovaciones pero que dentro de esos años se volverán obsoletos o quizá ineficaces.

2.10.2.2. Los efectos en la población con menos recursos

Sin lugar a dudas, quien pagará los costos del ADPIC en general y en especial en los países en desarrollo será como siempre la gente que menos tiene, porque la protección de las patentes en el caso de los medicamentos restringe automáticamente su acceso y le da a las farmacéuticas el poder de determinar el precio que los fármacos deben de tener en el mercado nacional e internacional.

³⁵⁷ Tavares, Mónica. “Brasil va a romper patente de medicamento para el SIDA” *Noticias de la BBC*. 24 de junio de 2005. Consultado en la página www.bbc.com. El 14 de mayo de 2005.

Para Brasil ha sido una disyuntiva la aplicación del ADPIC porque, por una parte tenía que cumplir con la lógica del “sistema comercial internacional” y por la otra tenía la obligación de no atentar contra la salud de su población ni con el acceso a medicinas.

De alguna manera, el hecho de que se estén buscando formas alternativas para que la gente con menos recursos pueda tener acceso a las medicinas solventa las implicaciones que este acuerdo tiene y soluciona parcialmente el hecho de que más de la mitad de personas en Brasil no puede pagar por servicios sanitarios ni comprar las medicinas para las diversas enfermedades que padece.

Por otra parte, la gran difusión que se le ha dado a los genéricos ha empezado a contribuir para modificar la situación, ya que aunque el consumo de estos productos nada más representa el 10% del mercado ha empezado a crecer, la gente los conoce y puede comprarlos porque son mucho más baratos que los de patente.

2.10.2.3. Los efectos en la industria farmacéutica nacional

En la industria farmacéutica nacional, los efectos del ADPIC han sido muy evidentes, ya que desde hace años ha estado controlada por las grandes empresas transnacionales y esto de alguna manera ha condicionado la producción nacional.

Uno de estos efectos ha sido que con establecimiento de la ley de patentes se ha legalizado y regularizado la producción de genéricos, que es un rubro en donde las farmacéuticas brasileñas están ocupando espacios y un lugar importante en el mercado de genéricos que está creciendo muy rápido. Por otra parte, ante la rigidez del ADPIC y la protección de las patentes de las medicinas ha restringido el proceso de imitación de la industria y ha obligado a que las

empresas brasileñas inviertan más en la investigación y desarrollo si quieren seguir existiendo. Dichas iniciativas también han propiciado que se dé un mayor impulso a la producción de medicamentos fitoterapéuticos.

La incorporación de las medicinas en la propiedad intelectual y en la regulación de las patentes ha motivado que las innovaciones farmacéuticas sean respetadas y solo puedan producirse genéricos de fármacos registrados hasta 1997, lo que sin lugar a dudas afecta a la industria, porque como durante años solo fue sustitutiva y de imitación, cuando entró en vigor el ADPIC en Brasil, la industria no tenía las bases para subsistir con recursos propios, ya que es hasta fechas recientes que el Estado ha empezado a dar apoyos en investigación y tecnología para impulsar la productividad nacional.

Así, aunque se buscaron algunas alternativas mediante la incorporación de salvaguardias, no fue suficiente para la protección de la industria nacional, la cual ha sufrido los estragos del ADPIC, que en años posteriores serán mayores, para lo cual éstas empresas brasileñas deben de buscar estrategias para hacer una conversión de industria de imitación a una de innovación.

2.11. La posición de Brasil con respecto a la aplicación del ADPIC en América Latina

El ADPIC no sólo ha sido un tratado internacional suscrito en el marco de la OMC sino que se ha convertido en un referente para la elaboración de acuerdos regionales sobre propiedad intelectual. Claro ejemplo ha sido el Acuerdo de Libre Comercio de Centroamérica, el Acuerdo de Libre Comercio entre Perú y Estados Unidos, El Acuerdo de Libre Comercio de Colombia-Estados Unidos y el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas que en lo relativo a la Propiedad intelectual y en especial a los medicamentos se ha negociado lo que los estadounidenses denominan “ADPIC Plus” que no es más

que un acuerdo más rígido y con mayores limitaciones para la producción de genéricos y el acceso a medicamentos en las diversas zonas donde se pretende que dichos acuerdos que comprenden el ADPIC Plus se lleven a cabo o que están vigentes como en el caso de Centroamérica.

En este contexto, la negociación del ADPIC Plus y la aplicación de éste a través de los acuerdos complicará más la situación en América Latina; que se caracteriza por altos índices de pobreza, ser la zona con mayores problemas de distribución de la riqueza y la proliferación de las mal llamadas enfermedades de los países en desarrollo como la tuberculosis, difteria, diarrea, la enfermedad de Chagas, así como el Cáncer y el VIH SIDA .

La población de muchos países de América Latina padece éstas y otras enfermedades, así como las precarias condiciones de pobreza que agudizan más la compleja situación que viven; ya que en la región han disminuido los servicios sanitarios eficientes y cada vez se tienen mayores deficiencias y complejidades para garantizarle a toda la población acceso a salubridad y tratamientos.

Ante tales circunstancias, la actuación de los países es muy importante para modificar la situación y buscar mejores condiciones sociales para los Estados de América Latina.

En este sentido la posición de Brasil ha sido muy clara, ya que ha denunciado que el ADPIC Plus limita el acceso a medicinas y restringe a la población y que los Estados son los que deben determinar las políticas sanitarias que deben de seguir, así como lo referente a la situación de los fármacos en sus países; así mediante foros como la Organización de Estados Americanos (OEA), La organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de Salud (OMS) y la ONU ha propuesto que se realicen iniciativas que promuevan el acceso a los medicamentos como la propuesta para la resolución sobre

medicinas asequibles de la OPS y de la OMS, su participación en la ONU para la creación del Fondo Global para el SIDA. En la OEA también ha participado para que se establezca el derecho a los servicios de salud y para que las personas con SIDA puedan obtener los fármacos que necesitan.

La posición de Brasil es lógica, ya que las circunstancias sociales, en materia de salud y en la industria farmacéutica brasileña han determinado la defensa del acceso a medicamentos por medio de un despliegue de la política exterior en diversos foros.

Cabe señalar que la posición de éste país es importante y resalta porque en muchas ocasiones defiende su postura ante Estados Unidos, pero no es tan fuerte en la región como a nivel internacional ni tiene “apoyos tan manifiestos”, puesto que en la zona, aún no se ha hecho tan clara la alternativa de que todos los países actúen en bloque para que disposiciones propuestas por Estados Unidos como el ADPIC Plus no afecten la seguridad social ni condicionen el crecimiento y el desarrollo de la población de estos países y que sean capaces de negociar condiciones favorables para ellos y sus poblaciones.

2.11.1. El ADPIC y el acceso a los medicamentos en el MERCOSUR

El ADPIC como se mencionó anteriormente ha tenido repercusiones en América Latina, porque para la industria farmacéutica la región representa un mercado muy importante. En este sentido, los procesos regionales constituyen un mecanismo esencial para la incentivar o limitar el consumo y producción de medicamentos. México, Brasil y Argentina constituyen los mayores mercados farmacéuticos en la zona y a nivel mundial también tienen un peso importante, por lo que el MERCOSUR significa un punto de referencia para el establecimiento de acuerdos de Propiedad Intelectual que beneficien o afecten los intereses de la industria farmacéutica transnacional.

El tema de la salud ha sido considerado como un aspecto relevante en el Mercado Común del Sur(MERCOSUR en adelante), que integran desde 1991 Argentina , Brasil, Paraguay y Uruguay, porque los países miembros consideran que la salud es un elemento vital para el desarrollo y el crecimiento de los Estados, ya que sin ésta la población no puede producir ni tener mejores condiciones de vida, por ende no se puede tener un desarrollo social ni económico.

Por esta razón, como uno de los principales objetivos del MERCOSUR se estableció “ mejorar el nivel de salud en todos los países integrantes, para lo que acordó que se deberá de impulsar la cooperación entre estos Estados para desarrollar proyectos y programas en áreas de salubridad para fomentar la participación social en el cuidado de la salud”³⁵⁸ y en el acceso a los medicamentos para mejorar la calidad de vida de la población de América del Sur.

Para cumplir con lo anterior el MERCOSUR cuenta con un conjunto de reglamentos técnicos que fue aprobado en 1992 y versa sobre las prácticas adecuadas para la fabricación y la inspección de calidad de medicamentos. Cabe mencionar que el “30% de los reglamentos técnicos de del MERCOSUR son sobre el tema de la salud, el 73% de estos son sobre reglamentación farmacéutica”³⁵⁹,especifican los requisitos y las consideraciones sobre “el establecimiento de la industria farmacéutica en estos países, el registro de productos farmacéuticos, la inspección y la armonización de restricciones no arancelarias relacionadas con los fármacos, así como los productos para la salud, los cuales son identificados como aspectos prioritarios. Por esta razón se creó una Comisión de productos de la salud”³⁶⁰

³⁵⁸ Olarrega, Manuel. “MERCOSUR y la salud” en la *III Conferencia Panamericana sobre Harmonización de la Reglamentación Farmacéutica*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, del 24 al 26 de abril de 2002. p.2

³⁵⁹ *Idem*

³⁶⁰ *Ibidem* p.3

Como el tema de la salud siguió adquiriendo relevancia en 1996 se formó el un subgrupo de trabajo denominado “salud”, dicho grupo tenía como función facilitar la coordinación de las legislaciones nacionales y la compatibilidad de los sistemas sanitarios de los Estados partes, lo anterior sentó las bases para la reunión de ministros de salud de los países miembros y de países observadores como Bolivia y Chile, que desde esa fecha se ha realizado anualmente para facilitar la importación y exportación de productos farmacéuticos y los servicios de salud y esto ha servido para que el MERCOSUR enuncie la importancia de la incorporación de dicho tema en otros foros como la OPS y la OMS.

Otro de los aspectos satisfactorios del tema de la salud en el MERCOSUR es que “en noviembre de 2001, se aprobó la política de medicamentos del MERCOSUR que se incluyó anexo a su Acta”³⁶¹, la articulación de dicha política establece que se debe de “1) ampliar el acceso a los medicamentos, especialmente para la gente de escasos recursos económicos, considerando las necesidades de los distintos grupos sociales, 2) garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que circulan en la región, 3) promover la cultura de uso racional de las medicinas y 4) crear un ambiente de investigación y desarrollo en el ámbito farmacéutico”³⁶².

Todo lo anterior es considerado como una serie de estrategias para mejorar los niveles de salud en las poblaciones, así como para garantizar el acceso a los medicamentos, especialmente en el caso de las disposiciones en materia de producción de fármacos, puesto que Brasil y Argentina son importantes productores y consumidores de los mismos.

En este sentido, por medio de financiamientos públicos y privados se ha buscado disminuir el costo de las medicinas, y aumentar el número de seguros médicos o de incentivos sociales para que la población de estos países tenga servicios

³⁶¹ *Ibidem* p.5

³⁶² *Idem*

sanitarios gratuitos o de muy bajo costo y alta calidad; para hacerlo posible, los reglamentos técnicos del MERCOSUR comprenden:

“la aplicación de una ley de medicamentos genéricos definiendo criterios técnicos que aseguren la intercambiabilidad con base en equivalencias terapéuticas, así como la publicación de listas de medicamentos esenciales, la negociación de los Estados partes con las farmacéuticas para obtener disminución en los precios y el perfeccionamiento de las legislaciones para incentivar la compra de medicinas a proveedores públicos para disminuir costos y proveer a las población y en especial a las personas más necesitadas”³⁶³.

En lo que respecta al ADPIC, el MERCOSUR enuncia que éste tendrá grandes implicaciones en la zona especialmente en los costos de los tratamientos terapéuticos y en el acceso a medicinas, especialmente después de que ha entrado en vigor el ADPIC en todos los países miembros y no sólo en Brasil o Argentina como sucedió en años anteriores a 2005. Para disminuir los impactos y el alto costo social del ADPIC en estos países que conforman y afectarían las consideraciones sobre salud en el MERCOSUR “se acordó que cada país haga una revisión de sus legislaciones en materia de patentes para hacer uso de las excepciones y de las salvaguardias para proteger a su población, llevar a cabo acciones multilaterales y de manera individual para facilitar la distribución de fármacos y de servicios médicos, así como la acción conjunta de los Estados partes y asociados en el sentido de la flexibilización de las exigencias de protección de patentes en caso de alta relevancia para la salud”³⁶⁴.

El MERCOSUR es muy importante en términos comerciales, ya que constituye uno de los principales mercados farmacéuticos de Brasil y de Argentina quienes exportan grandes cantidades de fármacos, por eso la disposición de medidas para flexibilizar las patentes en este rubro es muy importante y representa una alternativa que definitivamente afectaría los intereses de las grandes transnacionales.

³⁶³ “Política de medicamentos para el MERCOSUR, Bolivia y Chile” Anexo VI del reglamento técnico del MERCOSUR, 2001. p.5

³⁶⁴ *Ibidem* p.7

América Latina representa el 3.9% del mercado internacional, de ese porcentaje, el 48.3% lo representa México, el 38.2% Brasil y el 13.5% Argentina, lo que significa que el 51.7% de la cifra que representa América Latina está concentrada en el MERCOSUR por Brasil y Argentina, por eso tiene una gran importancia y significa un referente esencial para llevar a cabo alternativas que puedan beneficiar a la población de los países que conforman este proceso regional y no a las elites farmacéuticas.

Cabe mencionar, que los mayores productores y consumidores de medicamentos en el MERCOSUR son evidentemente Brasil y Argentina, quienes a nivel regional e internacional tienen una participación significativa, lo que explica porque son los que han empezado a buscar alternativas para disminuir la presencia y dependencia de las grandes farmacéuticas extranjeras y para facilitar más el acceso a medicinas y servicios médicos para sus poblaciones.

Cuadro N°15. Productos farmacéuticos en el MERCOSUR: importaciones y exportaciones de Brasil

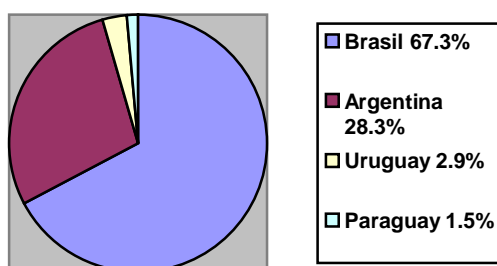
Exportaciones brasileñas \$dólares/ Importaciones brasileñas

Período	Exportaciones para el MERCOSUR	Participación en porcentaje en el total de las exportaciones del MERCOSUR	Importaciones del MERCOSUR	Participación en porcentaje en el total de las importaciones del MERCOSUR
1997	\$71,381,318	46.3%	\$117,496,737	11.6%
1998	\$87,446,853	44.8%	\$119,226,211	9.8%
1999	\$100,754,865	43.5%	\$116,268,668	7.7%
2000	\$90,195,306	41.2%	\$96,212,154	6.8%
2001	\$97,347,236	40.3%	\$86,885,346	5.7%
2002	\$69,235,458	27.3%	\$71,426,209	4.7%
2003	\$76,969,630	27.5%	\$62,672,102	4.1%
2004	\$63,668,178	25.4%	\$54,304,337	4.1%

Elaboración de la autora con datos del departamento de Economía de FEBRAFARMA, consultados en www.febrafarma.org.br.

Gráfica N°22

Mercado Farmacéutico del MERCOSUR



Fuente: Elaboración propia con datos de Baptista Eboli Gustavo. "Mercado de medicamentos en Brasil", *II Congreso argentino-Brasileño de medicamentos genéricos, 2002. Buenos Aires. p.12*

2.11.2. La postura de Brasil en el tema de los medicamentos frente al ALCA

El tema de los medicamentos ha sido muy importante en las negociaciones del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA en adelante), porque ha vuelto más complejo el acceso de las medicinas, a servicios de salud proporcionados por el Estado y la producción de genéricos. A raíz de la firma del ADPIC por todos los miembros signatarios de la OMC empezó a circular en el continente Americano el concepto ADPIC Plus, "que surgió de los principios de la Declaración de San José³⁶⁵ que dice que el Acuerdo del ALCA será congruente con las disposiciones de la OMC, pero que tendrá un estándar mayor que el de ésta, puesto que se considera que tener los mismos estándares sería una copia y disminuirlos una falta o violación a los acuerdos multilaterales, por lo que en materia de aranceles, prácticas desleales y en propiedad intelectual las

³⁶⁵ Manual para negociadores del ALCA. Junio 2001. Mitinci. Lima, Perú. p.64

disposiciones van más allá de lo que dispone el ADPIC³⁶⁶, por eso tiene lugar el ADPIC Plus.

Pero el ALCA, que es un proyecto regional que abarca a todos los países del continente americano excepto a Cuba ha impuesto reglas mucho más estrictas a los países de ésta zona, que en su mayoría son en vías de desarrollo y que ni siquiera han adoptado Estados desarrollados como los europeos. El ALCA ha puesto de manifiesto que se deben de crear condiciones idóneas e “igualitarias” para llevar a cabo un libre comercio en la región, empero las disposiciones han sido demasiado estrictas, ya que los términos de la negociación han protegido los intereses de Estados Unidos y de sus elites corporativistas, esencialmente las farmacéuticas en lo que respecta al ADPIC Plus, puesto que si se lleva a cabo y entra en vigor el ALCA, los miembros tendrán que respetar disposiciones como que el periodo de las patentes por 20 años pueda extenderse por 5 años más si así lo solicita la persona que detenta la misma, lo que ampliaría el monopolio y retrasaría la producción y consumo de versiones genéricas.

Dichas consideraciones fueron aprobadas por la celeridad de las negociaciones y por las presiones de Estados Unidos, ya que el tema de inversiones y de Propiedad Intelectual fueron los primeros en negociarse en el ALCA por los fuertes intereses que implican.

El ADPIC Plus tendrá serias repercusiones sociales en todos los rubros que abarca la propiedad intelectual pero especialmente en lo que compete a lo relacionado con la salud, porque como el aumento en la producción y consumo de genéricos está aumentando y esto afecta las ganancias y ventas de las transnacionales, que en la mayoría del continente son quienes tienen el control de los mercados farmacéuticos, esta disposición fue incorporada con mayor rigidez que en la OMC por Estados Unidos debido a la fuerte presión de las

³⁶⁶ Comunidad Andina. *Informe sobre las negociaciones en ALCA en materia de Propiedad Intelectual y la Comunidad Andina*. Documentos informativos de la Secretaria General de la Comunidad Andina. 27 de agosto de 2003. p.4

farmacéuticas de este país, así como por el aumento en la utilización de genéricos por parte de varios países latinoamericanos. Algunas de las disposiciones que introdujo este país y que conforman el ADPIC Plus son: serias limitaciones para el uso de “las licencias obligatorias de los productos farmacéuticos, especialmente las referentes a situaciones de emergencia nacional, puesto que no permite que los Estados definan que es emergencia nacional y en que circunstancias utilizar dicho concepto en sus países. Además de que se han impuesto normas para regular el estado de las patentes antes de dar o no la aprobación para que se conviertan en medicamentos genéricos” y se establecieron muchos límites para la extinción regional de derechos³⁶⁷.

En lo que se refiere a la extinción de derechos, el ADPIC en su artículo 6 establece que hay 3 tipos de agotamiento o extinción de derechos que son la internacional, regional y nacional, el primero “constituye una limitación a los derechos de exclusividad que otorga una patente, por lo que el titular de la misma no puede impedir a terceros que importen el producto protegido de cualquier otro país”³⁶⁸, buscando el costo más bajo, a esto se le conoce como importaciones paralelas.

En este caso la obstaculización de las importaciones paralelas de los fármacos, significa que los países parte del ALCA no podrán importar medicamentos en el mercado internacional a precios más bajos, además “de que el texto prohíbe la exportación de medicinas producidas bajo licencias obligatorias, lo que restringiría la cooperación regional e internacional, el acceso de la población latinoamericana y en especial la más vulnerable a fármacos y el derecho de los países de comprar las medicinas al menor costo en el mundo de otras naciones que producen genéricos como India.

³⁶⁷ Médicos sin Fronteras. *Negociando con la salud :el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual y el acceso a medicamentos en el Área de Libre Comercio de las Americas (ALCA)*. Agosto de 2003. p. 3

³⁶⁸ Comunidad Andina, *Op. Cit.* p. 13

La extinción de derechos regionales restringen la capacidad de importación de los productos que no provengan de países que no sean miembros del proceso regional.

La postura de Brasil en este sentido, ha sido de no permitir que el ADPIC Plus limite más el acceso a los medicamentos de lo que ya lo ha hecho el ADPIC en todos los países del continente en donde está en vigor, para lo cual se ha rehusado a negociar con Estados Unidos sobre la aplicación de dicho concepto en lo referente a las medicinas.

2.11.3. Coaliciones con los países en desarrollo buscando mejores Alternativas

Para lograr todo lo anterior, Brasil ha buscado hacer coaliciones con diversos países entre los que más destacan están India y Sudáfrica con quienes comparte, la difícil situación de población infectada con VIH/SIDA y también la producción y consumo de medicamentos genéricos para lo cual el apoyo de dichos países es de gran importancia, ya que como se ha visto han mostrado sus apoyo al país sudamericano en diversos foros internacionales.

En lo que respecta a la coalición con países de América Latina, Brasil ha logrado el apoyo de Argentina, Chile y Perú específicamente para hacer frente a las disposiciones de Estados Unidos para limitar el acceso a medicinas, lo que representa un buen inicio para mejores alternativas y acciones específicas para que los Estados otorguen a sus poblaciones mejores condiciones en materia de salud y en el acceso a medicinas.

3. El caso de México en torno a los medicamentos genéricos y los Acuerdos de Propiedad intelectual y Comercio

Las repercusiones del ADPIC en los países en desarrollo han sido significativas como se vio en el capítulo anterior, puesto que las empresas farmacéuticas transnacionales tienen mucho poder en éstos y por medio de sus gobiernos han llevado a cabo presiones que repercuten en la población de los mismos. En el caso de México, cuyo tratamiento se aborda en el presente capítulo, la situación no es disímil, puesto que la estrecha relación con Estados Unidos y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte de alguna manera han fortificado la presencia de las farmacéuticas extranjeras en el país. Razón por la cual, es importante señalar cómo ha actuado México para enfrentar la crisis, de qué manera la postura que ha tenido a nivel nacional e internacional ha servido para beneficiar a la población mexicana. Para ello, es indispensable ver y analizar todos los aspectos que van desde la pobreza, el acceso a servicios médicos, la industria farmacéutica nacional, las modificaciones a la ley de patentes y las implicaciones que el ADPIC ha tenido en México como se muestra a continuación.

3.1. Generalidades

Capítulo 3: El caso de México en torno a los

México es uno de los dos países biocénicos en el mundo, ocupa el lugar número 14 a nivel internacional por extensión territorial pues tiene un área de 1,964, 375 kilómetros cuadrados de los cuales 1,959, 248 son superficie continental y 5,127 corresponden a superficie insular. La población en México es de 104,214 millones de personas. Es “la 9na economía mundial”³⁶⁹ y el Producto Interno Bruto en el 2003 fue de \$6,129 millones de dólares. “La esperanza de

³⁶⁹ Gobierno de la República de México. *Los objetivos del desarrollo del milenio en México: informe de avance 2005*. Presidencia de la República, México, 2005. p. III.

vida al nacer es de 73 años, el 85% de la población es alfabeta, el ingreso per capita en 2002 fue de \$8,970 dólares”³⁷⁰.

En México existe una muy mala distribución de la pobreza, ya que “50 millones de pobres y viven bajo condiciones de pobreza y 18.6 millones de personas viven en condiciones de pobreza extrema”³⁷¹, lo que representa el 17.6%, lo que es una cifra muy alta, si se considera el tamaño y la importancia de la economía mexicana a nivel mundial. El 75.5% de la población en México es urbana y comprende 75,300 millones de personas, de las cuales “el 32.8% de la población es joven, ya que son menores de 15 años, los adultos mayores de 65 años representan el 10.2% y el 57% oscila entre los 15 y 65 años”³⁷².

La organización político administrativa es de una república federativa compuesta por 31 estados y un distrito federal. Las ciudades más importantes y con más pobladas son la Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara. México además es uno de los países más importantes en América Latina y por su cercanía geográfica es uno de los principales socios comerciales de Estados Unidos.

3.2. Reformas estructurales

Desde finales de la década de los años 70, se empezaron a gestar acciones económicas para modificar el Estado de bienestar, México durante ésta época enfrentó diversas problemáticas financieras como la devaluación de 1975, así como la suspensión del pago de la deuda externa en 1982. Bajo esta situación el Fondo Monetario Internacional (FMI) recomendó “sus recetas” y la aplicación de las reformas estructurales para mejorar la situación del país, lo que fue la base para el establecimiento del modelo neoliberal, razón por la que “era puesto como

³⁷⁰ *Índice de Desarrollo Humano 2004*, Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), Naciones Unidas, Nueva York, 2004. p.143

³⁷¹ Presidencia de la República

³⁷² *Idem*

ejemplo de éxito en sus políticas de ajuste y como un modelo en términos de elaboración de acuerdos con el FMI³⁷³.

Por lo anterior, se promovía la liberalización y el ajuste económico, lo que fue un cambio sustancial después de tantos años de la intervención del Estado en la economía, ya que los políticos y el presidente en esa época promovieron el libre mercado, lo que repercutió en que las reformas estructurales tuvieran un impacto negativo en el “nivel de vida de las personas y en que restringieran el acceso a los servicios públicos para la mayoría de la población”³⁷⁴. Así como el incremento de las empresas transnacionales en el país que además de representar una competencia que afectó a las empresas nacionales y a varios sectores productivos e industriales, incorporó a la población para llevar a cabo sus procesos productivos abaratando los costos.

Los postulados del libre mercado enfatizaron durante toda la década de los 80 y la de los 90 la desregulación, la privatización de las empresas estatales y en general de todos los servicios lo que significó un obstáculo para el desarrollo social mexicano. La apertura económica ha representado beneficios pero ha limitado prerrogativas del Estado benefactor.

“La reforma del artículo 27 permitió la liberalización del sector ejidal”³⁷⁵ y la llegada de grandes flujos extranjeros para inversiones directas e indirectas. El derecho a la educación también se vio trastocado con el modelo neoliberal puesto que se llevó a cabo toda una reforma educativa, que restringió el acceso a este “servicio público”.

³⁷³ Palacios, Guillermo. *Intimidaciones, conflictos y reconciliaciones. México y Brasil 1822-1993*. Dirección General del Acervo Histórico Diplomático de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Colección Latinoamericana, Secretaría de Relaciones Exteriores. México, 2001. p. 333

³⁷⁴ Fernández de Villegas, Manuel y Adelson, Naomi. *Fortaleciendo el papel de la sociedad civil en la gobernabilidad local y global: la agenda de reforma de los Bancos Multilaterales de Desarrollo caso de estudio de México*. S/E, México, 1999. p.2

³⁷⁵ *Idem*

El establecimiento de las reformas estructurales artífices del modelo neoliberal conllevaron a la privatización de la banca y a la comercialización de derechos como la salud y la educación, además de que la pobreza creció notablemente; sin embargo, ante la aparición de esta situación, sólo se pensó en incentivar las inversiones y los acuerdos comerciales como solución.

La reforma en el sector salud repercutió en la descentralización del Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS) una de las instituciones estatales más importantes en materia de salud, los servicios hospitalarios de iniciativa privada, lo que de alguna manera ha limitado y condicionado el desarrollo humano en el país.

Es cierto que las reformas estructurales ayudaron a la modernización de los procesos productivos, al “desarrollo de la industria” y a la transferencia de tecnología, pero cabe señalar que ésta tecnología la traen las grandes empresas transnacionales para incentivar y facilitar su producción incrementando sus ganancias, frente a las cuales las pequeñas y medianas empresas nacionales se han visto afectadas, puesto que esa tecnología, conocimiento e infraestructura se va con ellas como lo hace el capital y el dinero que generan.

Cabe señalar que las reformas estructurales y la implantación del modelo neoliberal han tenido ciertos beneficios, en especial comerciales y económicos para el país y para ciertas elites financieras, pero los costos sociales han sido muy grandes por el rezago social que se ha provocado. Así como se ve en indicadores como la falta de servicios sanitarios para la población, el aumento del hambre, la crisis en el campo, la falta del incremento y desarrollo de la industria nacional y el aumento significativo de la pobreza.

3.3. Las condiciones de pobreza en México

Las condiciones de salud

En México existen 103 millones de personas, de las cuales 50 millones viven en condiciones de pobreza y 18 500,000 viven con menos de 1 dólar al día, es decir se consideran en pobreza extrema³⁷⁶, lo que implica que no tienen los servicios básicos como alimentación, acceso a agua potable, vivienda, educación ni servicios sanitarios. Esta población se concentra en las áreas rurales, las zonas marginadas del Distrito federal y en las áreas conurbanas

Los niveles de pobreza aumentaron en la década de los 80 y según el informe de la presidencia de los Avances del Milenio durante la crisis económica de 1995, pero a partir de 1996 y 1998 empezaron a bajar esos niveles y “continuaron disminuyendo en el período del 2000 al 2002”³⁷⁷, ya que según cifras oficiales, la pobreza extrema en el 2002 se redujo en un “30% lo que equivale a que 5.7”³⁷⁸ millones de personas dejaron de vivir en la pobreza extrema.

En México, además del problema de la pobreza existe la mala distribución de la riqueza, ya que existen personas multimillonarias y millones que viven en condiciones de pobreza y que no tienen los servicios básicos, puesto que en el “2002 el 10% más rico concentraba el 35.6% del ingreso nacional mientras que el 10% más pobre sólo obtuvo el 1.6%”³⁷⁹. Es por eso que “al igual que en el resto de América Latina y el Caribe, la pobreza en México es un fenómeno inseparable de una inmensa desigualdad que limitado la efectividad con la que el crecimiento económico ayuda a reducirla”³⁸⁰, lo lamentable es que la desigualdad crece con los períodos de crecimiento económico. Aunque en México se están llevando a

³⁷⁶ La pobreza extrema o absoluta se refiere a que “una persona es absolutamente pobre si su ingreso es inferior a la línea de pobreza de ingreso definida” (en este caso 1 dólar diario). Hernández-Vela, Edmundo. Diccionario de Política internacional. Tomo II, Editorial Porrúa, México, 2002. P.926

³⁷⁷ Gobierno de la República. *Informe de avance 2005 de los objetivos del milenio en México*. Presidencia de la República, Gabinete de Desarrollo humano y social., Secretaria de Desarrollo Social. México, 2005. p. 16

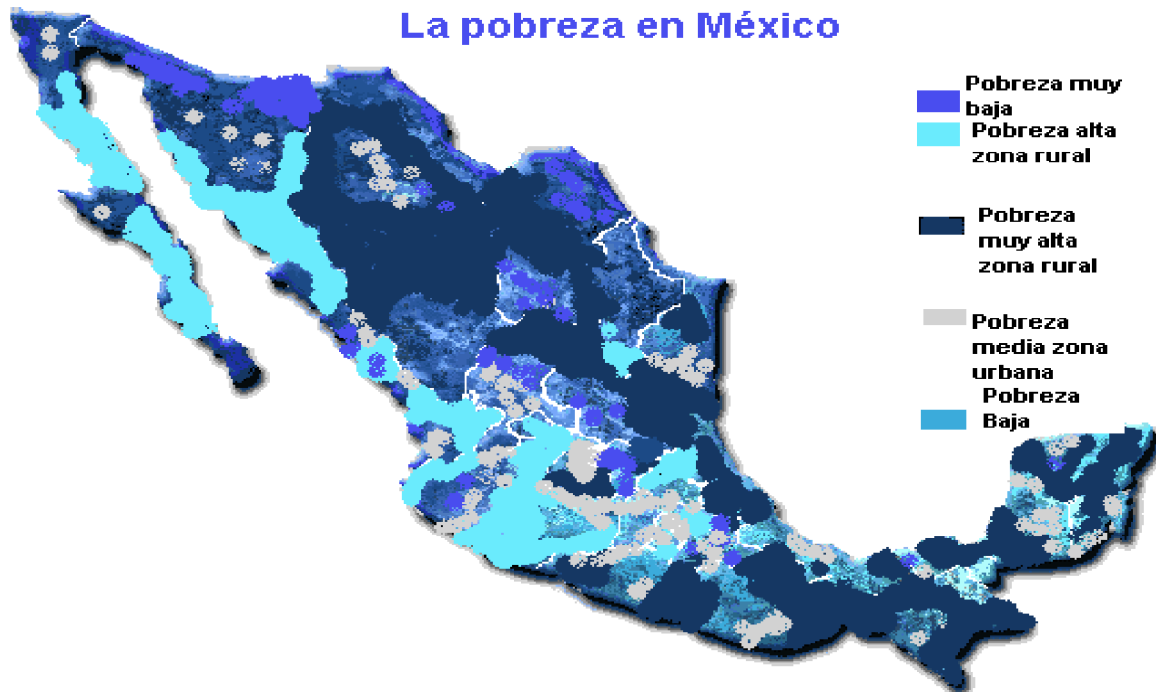
³⁷⁸ *Ibidem* p. 15

³⁷⁹ *Ibidem* p.18

³⁸⁰ *Ibidem* p.17

cabo acciones para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida, que son una realidad que amenaza y obstaculiza el desarrollo humano en México.

Mapa N°5



Fuente: Elaboración de la autora con datos sobre la pobreza en México en 2004 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

3.4. Las condiciones de salud

La pobreza está íntimamente relacionada con las condiciones de salud, educación y de alimentación. Ya que si no se tienen los recursos necesarios no se puede obtener la satisfacción de dichas necesidades y por ende no tener una buena salud.

La constitución mexicana estipula en su artículo 4 que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, puesto que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”³⁸¹, de igual manera, establece que es obligación de los padres velar por la preservación de la salud física y mental de sus hijos. Bajo lo anterior, es claro que se considera que el Estado debe de garantizar los servicios de salud a toda la población, sin embargo no es así, puesto que al no establecerse en la constitución la gratuidad de los servicios de salud, la falta de recursos no ayuda para que las instituciones pertinentes proporcionen la cobertura de servicios a toda la población, puesto que sólo el 54% de la población tiene acceso a servicios médicos, lo que representa que el 46% es decir “48 millones de mexicanos carecen de protección social en materia de salud”³⁸², lo anterior es un gran problema porque lo anterior significa que casi la mitad de la población carece de servicios de salud y de medicamentos.

En México se destina el 6.1% del Producto Interno bruto para los servicios públicos y privados de salud, dicho porcentaje es el resultado de los diversos incrementos que se han dado en años anteriores.

Las condiciones generales de salud han mejorado en los últimos 50 años, con la aplicación de vacunas, campañas de prevención y la aplicación de los avances científico-tecnológicos en el área de la medicina, que es el campo que más innovaciones ha tenido en ese período. Lo anterior puede observarse en el aumento de la esperanza de vida que de 1995 a 2000 ha crecido 25 años, ya que ahora es de 74 años³⁸³.

³⁸¹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Editorial Trillas, México 1993. P14

³⁸² Presidencia de la República. *Los objetivos del Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005*. Gabinete de Desarrollo Humano y Social del Gobierno de la República Mexicana, México, 2005. P.32

³⁸³ Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Naciones Unidas, Nueva York, 2004. P. 140.

En lo que se refiere a las enfermedades en México se encuentran principalmente las enfermedades del corazón, tumores malignos, la diabetes, diabetes mellitus, el cáncer y enfermedades del hígado. “La muerte debido a estas enfermedades representa el 52% de las muertes totales en el país, se calcula que para el 2025 las enfermedades no transmisibles y las lesiones concentrarán el 90% de las mortalidad nacional”³⁸⁴. Además de eso existen 160 mil personas infectadas por el VIH en todo el país”³⁸⁵, el paludismo también es una de las enfermedades que se ha controlado y que ha disminuido, ya que actualmente sólo hay 3819 personas con paludismo. Los casos de cáncer y de tuberculosis lamentablemente siguen creciendo, con respecto a esta última se han logrado bajar las cifras de contagio por tuberculosis debido a la existencia de una campaña para seguir reduciendo y erradicar la tuberculosis en México, que es una de las prioridades de la Secretaría de Salud.

Cabe señalar que las condiciones de salud están estrechamente relacionadas con el acceso a servicios médicos y condiciones salubres de vida, razón por la cual en nuestro país persisten muchas enfermedades infecciosas por que la gran mayoría no accede a los servicios sanitarios, además de que el “50% del gasto tal en salud en México es un gasto del bolsillo de las personas”³⁸⁶, lo que dificulta aun más el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población si se toma en cuenta el número de personas que viven en la pobreza y pobreza extremas.

El gasto en salud pública fue en el 2004 de 2.7% y el 3.4% en el sector privado, lo que representó más de 32 mil millones de dólares³⁸⁷ destinados para la salud en México, lo que significa que sólo el 42% de dichos recursos son para cubrir las necesidades del sector público en materia sanitaria. El presupuesto que se le otorgó a la Secretaría de Salud en el 2004 fue de “21,422 millones de pesos,

³⁸⁴ KPMG. *La industria farmacéutica en México*. Grupo KPMG, México, 2003. p 21

³⁸⁵ Presidencia de la República. *Los objetivos del Desarrollo del Milenio en México: informe de avances 2005*. Op. Cit. P.80.

³⁸⁶ KPMG. *Op.Cit.* p.22

³⁸⁷ *Idem*

\$197,786 millones de pesos para el IMSS y \$55,863 millones de pesos para el ISSSTE” por esta razón se empezaron a llevar a cabo acciones específicas para mejorar las condiciones de salud y para ampliar la cobertura en todo el territorio nacional y para darle prioridad a la gente de bajos recursos.

Según datos del Informe de Desarrollo Humano del 2004, en México las campañas de vacunación han aumentado y son exitosas, ya que el 99% de los niños están inmunizados contra la tuberculosis y el 96% contra el sarampión, lo que ha reducido los niveles de mortandad de dichas enfermedades.

El personal médico también es un referente indispensable para el conocimiento de los servicios de salud en un lugar, en el país existen “156 médicos por cada 1000 habitantes y nada más el 74% de la población tiene acceso a saneamiento mejorado, lo que muestra que el 26% restante puede ser foco de enfermedades infecciosas por carecer de acceso a agua potable y condiciones salubre de vida.

Así, en general en México los servicios sanitarios existentes no alcanzan a cubrir las necesidades de toda la población, por dos aspectos, el primero porque aunque los servicios proporcionados por instancias de la Secretaria de Salud sean gratuitos, la gente no tiene el dinero para pagar las medicinas, los tratamientos ni las operaciones, razón por la cual la afiliación a instituciones de Seguridad Social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores (ISSSTE) es muy importante para preservar la salud y tener servicios médicos, empero no toda la población tiene esa ventaja y por eso se deben de desarrollar políticas sanitarias nacionales para que los 48 millones de personas que no tienen acceso a estos servicios puedan tenerlos.

3.4.1. Políticas sanitarias

En México se han llevado a cabo diversas políticas sanitarias como la promoción y el apoyo de las campañas de vacunación, la política nacional de medicamentos que fue llevada a cabo en los años 80 y al principio fue muy exitosa y las políticas de prevención de enfermedades a nivel de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de su actual campaña *prevenIMSS* que parte del supuesto de que es mejor prevenir las enfermedades que erradicarlas, entre las principales patologías que se promocionan para su prevención y revisión se encuentran la diabetes, el cáncer de mama y cervicouterino y las cardíacas.

Otra de las políticas sanitarias recientes ha sido la que surgió de la reforma de la Ley general de salud de 2003 que es la que pretende utilizar la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) “para cubrir las necesidades de los 48 millones de personas que tienen inseguridad en materia de salud, garantizándoles que se beneficien de servicios integrales, consultas, atención preventiva, cirugía, hospitalización y los medicamentos requeridos, el SPSS está dirigido principalmente a la población de escasos recursos económicos”³⁸⁸.

Para lograr lo anterior, el SPSS busco como mecanismo el programa del Seguro Popular, que se ha erigido como “una de las políticas sanitarias más importantes del gobierno de Vicente Fox”, la ley general de salud establece que a partir de “enero de 2004 se deben de integrar cada año el 14.35 de la población no asegurada, de tal manera que en 2010 la totalidad de ésta podrá contar con un seguro de salud”³⁸⁹. Además, Por medio del cual se pretende que todas las personas que padecen Cáncer, diabetes, cataratas y las enfermedades que causan el mayor número de muertes en nuestro país, tengan acceso gratuito a consultas médicas, tratamientos terapéuticos y a medicinas, que en general son muy caras, pero para el caso del Cáncer resultan excesivamente costosas.

³⁸⁸Presidencia de la República. *Op.Cit.* p.32

³⁸⁹ *Idem*

Cabe mencionar que este programa del seguro popular constituye una política sanitaria llevada a cabo en su mayoría por la Secretaría de Salud, que es el órgano competente en esta materia, concretamente dicha política sanitaria tiene como objetivo llevar a la población más pobre y marginada los servicios básicos de salud como las consultas médicas y los medicamentos esenciales.

El seguro popular se ha establecido como un mecanismo para coadyuvar a que los servicios de salud sean accesibles a toda la población y en especial a la que más lo necesita, la estructura del SPSS cuenta con una estructura tripartita, en donde el Estado aporta una cantidad igual a la que le da cada año al IMSS, otra que otorgan los gobiernos estatales y una aportación familiar proporcional a las capacidades de pago, que puede ser de 0 en el caso de las familias más pobres³⁹⁰. En este sentido, aunque la iniciativa es buena y pretende remediar el enorme problema de acceso a servicios sanitarios representa un obstáculo para las personas que no pueden pagar “las cuotas proporcionales” ya que hay que recordar que en México existen 20 millones de personas en pobreza extrema y 40 millones en condiciones de pobreza. Además de que no resuelve nada, ya que dichos recursos no van a ir a instituciones de salubridad para garantizar servicios de salud sino para preservar la privatización de la atención médica.

Por otra parte, los requisitos para obtener el seguro popular son: demostrar que no se está afiliado al IMSS o ISSSTE y que realmente se necesita el seguro para solicitar la afiliación al seguro, copia de una identificación oficial con fotografía y el pago de la cuota correspondiente por familia; solamente en el caso de las familias que perciben 1 ó 2 salarios mínimos no se tiene que pagar nada, por considerarse las personas más marginadas, pero contradictoriamente las familias que ganan a partir de 3 salarios mínimos deben de pagar 640 pesos anuales, que aunque equivale a menos de dos pesos diarios o 53 pesos mensuales, las familias que perciben esos sueldos en ocasiones no pueden pagar esa cantidad

³⁹⁰ *Idem*

de un día a otro para poder percibir los servicios, que en caso de enfermedad son vitales, pero hay que recordar que si un miembro de una familia que percibe 3 salarios mínimos se enferma hoy, quizá al otro día no tenga los \$640, que tienen que pagarse para poder obtener los servicios. Aunado a ello siguen siendo las cuotas altas no para las personas que perciben de 1 a 10 salarios mínimos sino para los 50 millones de personas que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, así mismo dichas cuotas son menores que las del IMSS, pero hay que mencionar que estas se descuentan del salario mensualmente y no implican un desembolso como el del Seguro Popular. Lo que evidentemente muestra las deficiencias de dichas iniciativas y pone en tela de juicio su efectividad y las repercusiones de a quien específicamente beneficia.

Cuadro N°16
Cuotas familiares para el Seguro popular

Salarios Mínimos	Cuota Familiar anual
1	-Exentos de cuota
2	-Exentos de cuota
3	\$640
4	\$1,140
5	\$1900
6	\$2400
7	\$3160
8	\$3780
9	\$5040
10	\$6300

Fuente: Secretaría de Salud. www.ssa.gob.mx/seguropopular

Aunque puede verse como un esfuerzo importante en el mejoramiento de la cobertura de servicios médicos no soluciona verdaderamente, el problema de que casi la mitad de la población esté desprotegida en materia de salud. Lo que refleja que las políticas sanitarias que se han llevado a cabo en los últimos años

en el país no han sido exitosas y que se necesita invertir más en la infraestructura medica-hospitalaria y en el mejoramiento de los servicios médicos, ya que no hay acciones tangibles para reformar el sistema de Salud, subsidiar los servicios y brindar a toda la población acceso a medicinas y tratamientos efectivos, ya que aunque en los últimos años se ha incrementado el gasto en salud, no se han desarrollado políticas sanitarias en pro de la salud de los mexicanos, lo que muestra que no es una prioridad para el gobierno.

En el actual gobierno, con el establecimiento de las metas del milenio, se determino que la salud además de ser un derecho humano universal se estaba convirtiendo en punto de atención a nivel internacional, que al ser afectada significaba un factor desestabilizador del desarrollo, la seguridad y la paz internacionales, por lo que los pueblos deberían de llevar a cabo acciones específicas para mejorar la salud de sus poblaciones para garantizar la seguridad y paz nacionales, lo que repercutiría a nivel regional y mundial.

De igual manera, las Naciones Unidas a través de la comisión de Seguridad Humana establecieron que la salud es fundamental para el desarrollo, crecimiento y progreso de los pueblos y que sin ésta la población no puede desempeñar sus actividades ni tener un rendimiento y eso afecta a todo el orbe, por tal razón se recomendó que todas las naciones pusieran especial atención el tema de la salud. A lo que el gobierno mexicano ha respondido de manera favorable, tratando de impulsar políticas sanitarias que mejoren las condiciones de salud de la población; empero aún faltan muchas cosas que hacer además de llevar a cabo iniciativas como el Seguro Popular, que aún no son suficientes para garantizar una seguridad humana en materia de salud en México.

Pensando en lo anterior, nuestro país debería de llevar a cabo políticas nacionales que abarcaran la cobertura de servicios básicos de salud a nivel nacional, así como el impulso a las iniciativas de otorgar medicamentos gratuitos a toda la población, como lo hacen el ISSSTE y el IMSS con todos sus derechohabientes.

3.4.2. La situación en el sector salud

El sistema de salud en México está compuesto por 3 sectores: el público, la Seguridad Social y el privado. En lo que respecta al sector pública se encuentra la Secretaría de Salud, la cual es la encargada de la formulación de las políticas sanitarias en el país y tiene el control de la red de institutos, centros de Salud y hospitales que proporcionan servicios principalmente a personas con bajos recursos y/o que no poseen otro servicio médico.

A la Secretaría de Salud le corresponde la administración de los recursos para proporcionar a todos los mexicanos servicios de salud efectivos y gratuitos, empero no es así, ya que existe un 25% que no accede a los servicios de salubridad básicos. En el sector salud se han llevado a cabo algunas reformas entre las más importante, la del 2002, donde se reestructuraron los programas principales para otorgarle aun mayor número de “personas acceso a los servicios y medicamentos gratuitos por disposición de la república para todos los enfermos de SIDA y cáncer del país”³⁹¹.

En el caso de la seguridad social, se diferencia del sector público en lo que se refiere a que éste servicio está relacionado con el trabajo, puesto que está enfocado a proporcionar servicios a los trabajadores asalariados y conformado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS en adelante), fue fundado en 1943 y “proporciona sus servicios a más de 46.5 millones de trabajadores”³⁹².

Los trabajadores del gobierno están cubiertos por los servicios en materia de salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

³⁹¹ Presidencia de la República. *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2005*. Gabinete de Desarrollo Humano y Social del Gobierno de la Republica Mexicana. México, 2005. p.84

³⁹² KPMG. *La industria farmacéutica en México*. Grupo KPMG. México, 2003. p.18

Estado (ISSSTE en adelante), el cual se creó en 1960 y actualmente proporciona sus servicios a más de 10.1 millones de trabajadores³⁹³.

Tanto el IMSS como el ISSSTE reciben subsidios del gobierno, pero además de eso, ambos reciben aportaciones hechas por las personas que pertenecen a estas instituciones, en el caso del IMSS quienes dan las aportaciones son los trabajadores y por su parte el ISSSTE obtiene las contribuciones que son hechas por los empleadores.

A su vez existen otras instituciones más pequeñas que proporcionan servicios médicos a grupos específicos de trabajadores como el hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los de la Secretaría de Defensa nacional y de la Secretaria de Marina.

Por otra parte, existe una institución de Servicio Social que es el la de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) que proporciona servicios de salud y de bienestar social a los infantes y a sus familiares si es que no tienen acceso a los servicios de salud del Sistema del Seguro Social.

En lo que se refiere al sector privado se encuentra el Grupo Ángeles, que es el que concentra la mayor cantidad de hospitales privados en el país. Además se encuentran otros hospitales de capital privado como el ABC, el Español, Médica Sur y otros.

Así, los servicios de salud en México se encuentran clasificados de la siguiente manera:

Hospitales de la Secretaría de Salud

- Hospitales generales y civiles.
- Instituto Nacional de Cancerología

³⁹³ *Idem*

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- Instituto Nacional de Nutrición
- Instituto Nacional de Pediatría.
- Hospital psiquiátrico Infantil
- Centros de Salud en toda la república

Hospitales del IMSS

- Todas las clínicas del Seguro social en todo el país
- Hospital Siglo XXI

Hospitales y clínicas del ISSSTE

- Clínicas del ISSSTE en todo el país
- Hospital 20 de Noviembre
- Hospital 1 de Octubre
- Hospital Adolfo López Mateos
- Clínica de Especialidades Médicas (CLIDA)

Hospitales de sectores específicos de trabajadores.

- Hospital de PEMEX
- Hospital Militar
- Hospital de la Secretaría de Marina

Hospitales y servicios de salud Privados

- Todos los pertenecientes al Grupo Ángeles
- Hospital ABC
- Hospital Español

- Médica Sur
- Hospitales particulares
- Médicos particulares

Fuente: elaboración de la autora con datos de la Secretaría de Salud consultados en www.ssa.gob.mx y en el informe de Grupo KPGM *La industria farmacéutica en México*. Pp.18-20.

Para el buen funcionamiento y la certificación de los “establecimientos de atención médica y de los profesionales de la salud”³⁹⁴, la Secretaría de Salud desarrolló desde los años 70 el programa para determinar la calidad de los productos farmacéuticos, los servicios, sistemas y procesos médicos, además de vigilar que se lleven a cabo los principios científicos y éticos que rigen “la práctica profesional tanto en instituciones públicas como privadas”³⁹⁵. En el año 2002 se reestructuró dicho programa para lograr un mejor funcionamiento que se deberían de incorporar todas las unidades medicas del país privadas y públicas para garantizar servicios de salud de calidad.

En México se han llevado a cabo diversas acciones para mejorar los servicios de salud y el acceso a estos por parte de toda la población, pero especialmente la de menos recursos, razón por la cual en 1983 “empezó un proceso de reforma de la base institucional del sector salud que buscaba una mejor organización para el funcionamiento de todos los servicios sanitarios del país. Lo anterior fue aceptado por el gobierno, debido a la agenda de ajuste estructural y la aplicación de las políticas neoliberales recomendadas por los diversos organismos financieros internacionales”³⁹⁶ que pretendían reducir el Estado de bienestar social y por el aumento de enfermedades relacionadas con las condiciones de pobreza. Para contrarrestar estos efectos se pretendía que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) siguiera trabajando conjuntamente con las instituciones de Seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, empero los resultados no fueron

³⁹⁴ *Ibidem* p.20

³⁹⁵ *Idem*

³⁹⁶ Almeida, Celia y Abrantes Pêgo, Raquel. “Teoría y Práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México” en *Salud Publica*. Vol. 18, Núm. 4. Julio-agosto de 2002. Rio de Janeiro p.980

satisfactorios, ya que los servicios dejaron de ser tan eficientes como antaño y no lograban satisfacer la demanda de servicios de salubridad.

La reforma estructural en materia de salud de 1983, pretendía mejorar los servicios de salud “y racionalizar recursos a través de la integración de las instituciones de seguridad social con las de la Secretaria de Salubridad bajo la coordinación de ésta última constituyendo un sistema Nacional de Salud descentralizado, ágil y que contara con la participación de los diferentes niveles del gobierno y prestadores de servicios públicos y privados”³⁹⁷ .

Empero, la situación para lograr esta reforma fue muy compleja por las grandes posiciones de diversos sectores y por que atentaba contra intereses de grupos específicos, aunado a ello empezaron a darse brotes de enfermedades que ya estaban controladas y erradicadas como el sarampión, por lo que temporalmente la reforma fue bloqueada. Pero en 1984 por el contexto nacional se creó el Centro de Investigación en Salud Pública (CISP) para asesorar al secretario en la toma de decisiones referentes a la salud nacional y las políticas sanitarias. En esa misma lógica en 1987 se creó FUNSALUD que pretendía dar un nuevo concepto a la salud pública, pensando en el mejoramiento de los servicios y en una visión para ayudar a erradicar las enfermedades pensando en las condiciones sociales de las personas y para crear una asistencia en salud menos burocratizada y más sensible a las necesidades y el dolor humano.

FUNSALUD era el resultado del esfuerzo del gobierno y de empresarios para mejorar los servicios de salud, sin mencionar que también tenía contribuciones de trabajadores de diversos sectores como el químico-farmacéutico y de fundaciones de Estados Unidos, lo que mostraba que el propósito de FUNSALUD no sería cumplido en términos de condiciones sociales ni en pro de la población más vulnerable.

³⁹⁷ *Ibidem* p.981

“Cuando Carlos Salinas de Gortari llegó a la presidencia y se pusieron en marcha las reformas estructurales, se decidió que la reforma en materia de salud debía de esperar”³⁹⁸ porque no era tan importante, para lo cual FUNSALUD se convirtió en un fuerte promotor de la reforma y de la investigación médico-científica. Razón por la cual se empezó a vincular más con las acciones del gobierno en lo que respecta a la salud y “fue invitado a las comisiones oficiales para la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y apoyó la creación de normas de regulación del mercado de servicios de salud”³⁹⁹, así FUNSALUD fue cambiando radicalmente de postura y dejó de actuar aisladamente como protesta a las acciones que el gobierno tomaba en cuestiones de salud y se convirtió en una instancia o mecanismo “para el asesoramiento de las políticas gubernamentales sanitarias” como en el caso de la campaña presidencial de Ernesto Zedillo.

La tan urgente y esperada reforma del sector salud tuvo lugar en 1996 y repercutió en las disposiciones generales de salud, ya que en 1995 también se llevó a cabo la reforma de la ley del IMSS, que permitió la utilización de recursos privados, lo anterior obedece a que con el establecimiento del modelo neoliberal “se le empezó a dar prioridad al mercado privado de servicios de salud”⁴⁰⁰, lo que tenía como objetivo eliminar la salud como un derecho social garantizado por el Estado, que se cumple durante el sexenio de Zedillo y se consolida con el gobierno de Vicente Fox al convertirse la salud en “un artículo basado en el poder de compra del consumidor. Es en ese marco que surge la propuesta del Seguro Popular para la salud”, lo que muestra que para el Estado ya no es obligación proporcionar salud a su población, sino que ahora hay que aportar ciertas cuotas según las condiciones económicas que se tengan, lo que no resuelve el problema y mina el Estado de bienestar de los mexicanos, además cabe mencionar que el seguro popular está apoyado por la FUNSALUD y por las Instituciones de Servicios especializados en salud (ISES) “que fue creada en los últimos meses

³⁹⁸ *Ibidem.* p.983.

³⁹⁹ *Ibidem* p.985.

⁴⁰⁰ *Idem*

del gobierno de Zedillo con la finalidad de normar el mercado de seguros privados; por otra parte, el seguro popular no va a resolver la dificultad del acceso de servicios de salud y de medicamentos, por el contrario va a canalizar para el sector privado, a través de las aseguradoras el dinero de muchos mexicanos pobres que no tienen acceso a la seguridad social y que no logran ser atendidos en los servicios públicos⁴⁰¹. Los verdaderos beneficios serán para el mercado de servicios de salud privados y no para los mexicanos, que creen que el Seguro Popular es una buena iniciativa del gobierno en pro de la salud. Lo que muestra un enorme problema estructural del sistema de salud, en donde se hace evidente una reforma que realmente ayude a organizar los servicios de salud de forma equitativa para que toda la población acceda a ellos y no esté supeditada a los intereses de elites políticas ni a los beneficios de la comercialización de la salud.

Por otra parte, el gobierno mexicano debe de llevar a cabo acciones específicas para promover y lograr establecer una salud pública eficiente que proporcione a la población servicios de salud, encontrando maneras de disminuir las condiciones de pobreza que están muy vinculadas a las enfermedades, lo que representa un grave problema para la nación, ya que se deben de evitar esas muertes y buscar mecanismos para que los medicamentos que les pueden salvar la vida sean asequibles a la gente que más lo necesita, para construir una seguridad humana en salud, que sea un medio para que la gente tenga un desarrollo y por ende logre el crecimiento del país y no afecte la seguridad y paz nacionales por la inconformidad de la gente, así como las demandas por no tener servicios de salud ni acceso a medicamentos, viendo trasgredido su derecho universal que está conferido en la constitución como una obligación del Estado y no como un bien de consumo regulado por iniciativas que aparentan ser políticas nacionales de salud.

⁴⁰¹ *Ibidem* p.386

3.5. La situación de los medicamentos en México

México es uno de los mayores consumidores de medicamentos en América Latina y año con año crece la demanda, pero esto obedece a dos cuestiones fundamentales: la primera por la existencia de medicamentos genéricos y similares y la segunda porque al maquilarse en el país muchos fármacos los costos se abaratan; sin embargo, no toda la población puede comprarlos.

Aproximadamente “en México se venden 7,500 tipos de medicinas en 19,000 presentaciones diferentes. De estos, una porción importante pertenece a los medicamentos de venta libre o que no requieren receta médica, pero en el país, la mayoría de las medicinas pueden conseguirse sin receta médica, por lo que el mercado es de venta libre; las categorías terapéuticas predominantes son las cardiovasculares, vitamínicas, respiratorias, analgésicas y digestivas”⁴⁰². La única restricción que existe en el país para la obtención de fármacos es la cuestión económica, que se ha convertido en una gran limitante.

En el país, existen medicamentos de patentes, medicamentos genéricos, genéricos intercambiables y similares, de los cuales los de patente junto con los similares son los más vendidos porque existe una confusión en el mercado nacional entre los genéricos y los similares, los cuales se cree que tienen el mismo efecto terapéutico que los de patente, además de que los genéricos no han sido tan promovidos como los similares.

El “95% de los medicamentos en el mercado nacional es abastecido por las transnacionales”⁴⁰³ que están establecidas en el país y por los laboratorios nacionales. Por lo que es mínima la importación de fármacos. De esa producción, cerca del 20% es adquirida por la Secretaría de Salud Pública para destinarla a la

⁴⁰² KPMG. *La industria farmacéutica en México*. Grupo KPMG, México, 2003. p.25

⁴⁰³ *Idem*

gente que la requiere y solicita a través de las consultas de los Centro de Salud, los cuales son en su mayoría nacionales.

3.6. El acceso a medicamentos

Una de las funciones de la Secretaría de Salud es vigilar lo referente a las medicinas. En México uno de los mayores problemas es el acceso a medicinas, ya que en la constitución se establece como un derecho inalienable, sin embargo la realidad es distinta, ya que sólo el 83% tiene acceso a los medicamentos.

Lo anterior es una gran limitante y afecta la salud de muchas personas porque como se vio anteriormente el acceso a los servicios sanitarios no es tan fácil ni para todos por las diversas deficiencias del sector salud y en el caso de los medicamentos la situación es aún más compleja, porque a pesar de que algunas instituciones como el IMSS, ISSSTE y los centros de salud dan medicamentos gratuitos, no alcanzan a cumplir la demanda y las necesidades del resto de la población, ya que muchas personas no obtienen las medicinas que requieren y eso se debe a la falta de presupuesto para comprar diversos lotes de categorías farmacéuticas, lo que lejos de afectar a la Secretaria de salud y a estas instituciones afecta a la población.

Lo más terrible de esto es, que la gente que necesita diversos fármacos y las instituciones de salud no los tienen debe de pagar de sus propios bolsillos para obtenerlos, pero en ese ámbito, los medicamentos son la mejor muestra de la comercialización de la salud, ya que están regulados por la oferta y la demanda y en el caso delos mexicanos la calidad depende del poder adquisitivo.

3.7. El mercado de medicamentos en México.

El mercado farmacéutico mexicano es actualmente “el más grande de toda América Latina. Representa aproximadamente el 2.7 % del PIB en Manufactura y

el 0.5% del PIB del país”⁴⁰⁴. El valor del mercado se encuentra en continuo crecimiento; es un mercado mayor que el Brasileño a nivel regional sin embargo es menor que Brasil a nivel internacional. El mercado en 2002 fue de 8.2 billones de dólares. Pero, ha estado creciendo mucho “desde 1996 y se prevé que siga creciendo en los próximos 5 años, ya que en el 2004 alcanzó la cifra de \$6,448,000,000 de pesos”⁴⁰⁵. Lo anterior responde a que según datos de la *IMS Health* (consultora especializada de la industria farmacéutica internacional) “el mercado de medicamentos en México crece a una tasa del 10% anual desde 1996”⁴⁰⁶. Lo anterior es significativo porque en los primeros 4 meses del año 2005 el gasto en medicinas “representó la suma de \$2,800,000,000”⁴⁰⁷ de pesos.

Por tal razón México, es un mercado muy importante para las grandes farmacéuticas transnacionales, puesto que se encuentran presentes en el país desde hace muchos años y controlan una parte importante del mercado nacional, la mayoría de las ventas, desplazando a los laboratorios nacionales. 10 de Las grandes transnacionales controlan más del 55% del mercado en el país, ese porcentaje está distribuido de la siguiente manera: “*Pfizer-Pharmacia* tiene el primer lugar de ventas de medicinas y concentra el 9.1% del mercado, *Roche* ocupa el segundo lugar en ventas y el 8.9 de participación en el mercado, seguido de *Glaxo Smith-Kline* con \$435 millones y 7.3%, *Aventis* con \$380 millones y 6.4%; *Novartis* con \$315 millones y 5.3%, *Schering Plough* con \$306 millones y la concentración del 5.2%”⁴⁰⁸, *Johnson & Johnson*, *Bristol Myers-Squibb* y *Merck Sharp and Dome* concentran menos del 45 cada uno y un monto de ventas de 200 millones. Lo que muestra el dominio de las transnacionales en el país.

⁴⁰⁴ *Ibidem* p.24

⁴⁰⁵ González Méndez, José. “Mercado comprimido” en *La Jornada*, 27 de junio de 2005, México p.1

⁴⁰⁶ *Idem*

⁴⁰⁷ *Idem*

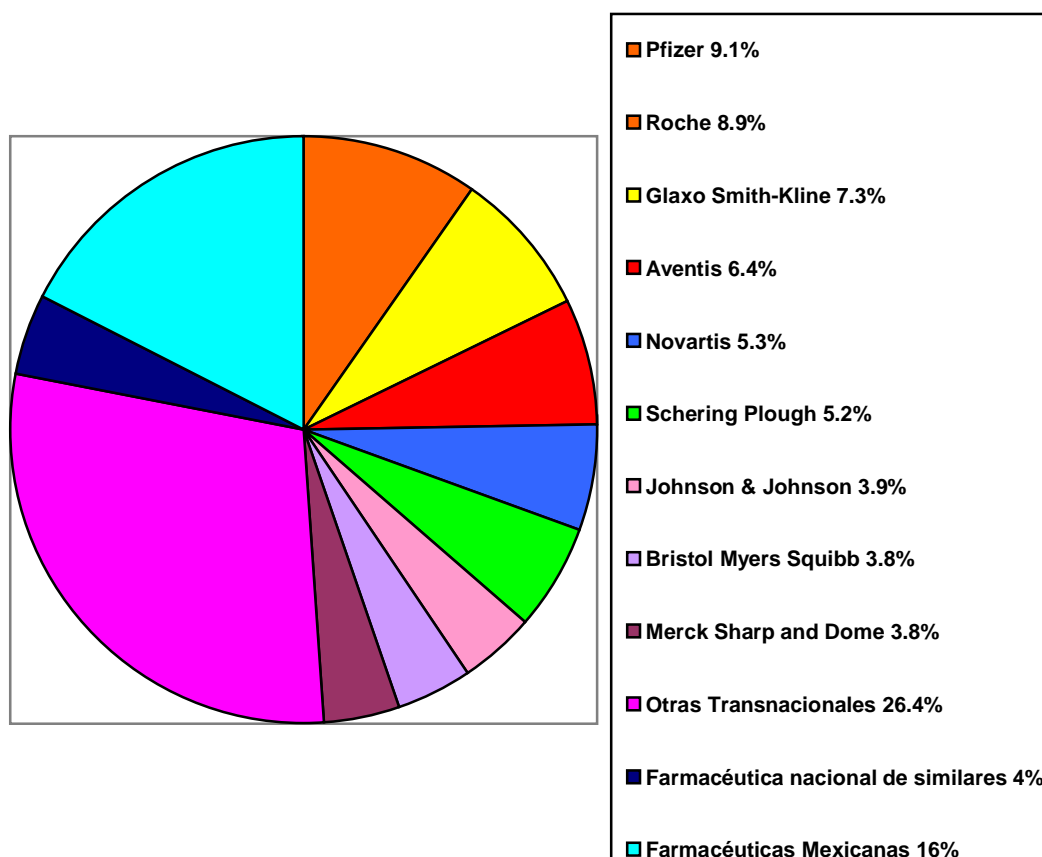
⁴⁰⁸ *Ibidem* p.2

Cuadro N° 17. Distribución por país del mercado farmacéutico en América Latina. (Ventas en miles de millones de dólares).

País	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2004
México	\$3,535	\$2,610	\$2,985	\$3,493	\$3,877	\$5,660	\$6,448
Brasil	\$4,606	\$6,276	\$7,251	\$7,690	\$7,781	\$6,230	\$5,990
Argentina	\$3,662	\$3,600	\$3,644	\$3,840	\$4,090	\$4,260	\$4,490
Colombia	\$999	\$1,080	\$1,051	\$1,185	\$1,089	\$1,200	\$1,300
Chile	\$336	\$403	\$444	\$543	\$564	\$680	\$730

Fuente: Elaboración propia con datos de KPMG *La industria Farmacéutica en México. Op.cit.p.24.*

Gráfica N°23. El Mercado farmacéutico en México



Fuente: Elaboración de la autora con datos de José González Méndez. "Mercado comprimido" *Op.Cit* y de "Industria Farmacéutica menos innovación y más costo" en *Semanario de la UAM*. Vol. X, Núm.38, Méx. 31 de mayo de 2004. p.10.

Como se ve, el mercado farmacéutico en “México está dominado por las grandes farmacéuticas transnacionales, ya que controlan el 80%”⁴⁰⁹ y de ese porcentaje 9 de ellas controlan el 53.6%, lo que deja a las farmacéuticas nacionales con un incipiente 20% que explica el porque el interés de las transnacionales en nuestro país. Otra de las características que tiene el mercado es que no existen realmente innovaciones farmacéuticas, lo que dificulta el avance y desarrollo de fármacos para nuevas enfermedades.

3.7.1. La producción de medicamentos en México

En México la producción de medicamentos fue significativa después de la segunda guerra Mundial, porque en Europa, que era el principal centro de producción y operación de las farmacéuticas transnacionales que surtían a la mayoría del mundo y a países como en México estaba la guerra, por lo que fue necesario que nuestro país buscara alternativas para la importación de medicinas, como esto resultaba muy complejo, se empiezan a fabricar algunos fármacos y así empieza la creación de los laboratorios nacionales, algunos de los cuales aún existen y otros que han desaparecido.

La mayor producción de fármacos tuvo lugar en la época de los 50, en donde la mayoría de esta era producida por los laboratorios nacionales. Posteriormente con la llegada de las principales farmacéuticas transnacionales esta situación cambio, ya que empezaron a producir medicinas y rápidamente se posicionaron en el mercado nacional.

En las décadas subsecuentes la situación no ha sido distinta, por el contrario han llegado más transnacionales y esto se ha convertido en una fuerte competencia para muchos laboratorios mexicanos que lamentablemente no han resistido y sucumbieron frente a los precios y la calidad de los productos farmacéuticos

⁴⁰⁹ Universidad Autónoma de México (UAM). “Industria farmacéutica: menos innovación y más costos” en *Semanario de la UAM*. Vol.X, Núm. 38. México, 31 de mayo de 2004. p.10

extranjeros. Desde la llegada de dichas empresas se habían producido medicinas, pero desde finales de la década de los años 80, la producción comenzó a aumentar porque las transnacionales importaban la materia prima e insumos de sus países para abaratar los costos.

Por otra parte, la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) fue muy importante, ya que por medio de éste se facilitó la importación y exportación de productos farmacéuticos y materias primas, lo que beneficiaba mucho a las grandes transnacionales especialmente a las estadounidenses que enviaban sus insumos, sólo para que se maquilaran en México, lo que redujo notablemente sus costos e incremento sus ganancias en el país, razón por la cual a partir de la entrada en vigor del TLCAN se ha convertido en un país maquilador de medicamentos.

Cabe señalar que aunque el “95% de las medicinas que se venden en la nación, se producen aquí y únicamente se importa el 5% de países como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Francia y Japón”⁴¹⁰, la mayor parte de ese porcentaje se debe a la producción de las farmacéuticas extranjeras que como se mencionó anteriormente controlan la mayor parte del mercado.

En el caso de los laboratorios mexicanos, el 100% de la producción de todos los fármacos se hace a nivel nacional, sin embargo la materia prima, de la que carece el país y que importan a altos costos, lo que repercute en el precio de las medicinas. Al igual que en el mercado nacional, el grueso de la producción recae en las grandes transnacionales, que al tener mayores recursos y ser más grandes.

Las principales productoras son lógicamente las mayores vendedoras en México y las que tienen mayor participación nacional: Pfizer, Roche, Glaxo Smith-Kline, Aventis, Scering Plough, Bayer, Abbott, Elli Lilly, Merck Sharp and Dome, Bristol Myers Squibb, Novartis y Johnson & Jonson.

⁴¹⁰ KPMG. *La industria farmacéutica en México. Op. Cit.* p. 24

La producción en México tiene además de la dependencia de las transnacionales otra gran limitante, que es la dependencia de materias primas o insumos del extranjero, ya que las sustancias químicas, reactivos y demás recursos farmacéuticos no se fabrican en el país y esto repercute no nada más en el costo de los medicamentos sino también en la innovación farmacéutica.

3.7.2. Consumo de medicamentos

Lo anterior está muy relacionado con el consumo de medicamentos, puesto que la existencia de tantas versiones y de más de 7,500 de medicinas hacen referencia a la demanda que existe a nivel nacional. Sin embargo, existe otra condición muy importante para la adquisición de las medicinas y esa está estrechamente relacionada con el poder adquisitivo de las personas, que se convierte en la principal razón por la que una persona puede suspender el tratamiento para curarse, mejorar o empeorar, vivir o morir.

En México más del 60% del gasto en medicinas se hace a través del gasto de bolsillo de las personas, es decir que la mayoría de la gente que usa medicamentos los paga y no los obtiene de manera gratuita. Según datos de la “Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), en el país el 79% de las medicinas cuesta menos de \$100 y el 94% menos de \$200”⁴¹¹.

Con respecto a los medicamentos que proporcionan instituciones como “el IMSS, ISSSTE o los centros de Salud la proporción es muy pequeña, ya que no cubren las necesidades de todos los derecho ambientes porque las medicinas que compran estas dependencias solamente alcanza para cubrir las necesidades de cerca del 70%”⁴¹².

México es un país que consume muchas medicinas y esta es una tendencia que se mantenido desde hace 9 años, lo anterior se debe a que según datos

⁴¹¹ González Méndez, José. *Op.Cit.* p.3

⁴¹² *Ibidem* p.2

estadísticos de CANIFARMA y comparaciones con otros países a nivel mundial y regional, los productos farmacéuticos son baratos, aspecto que puede permitir que muchas personas los consuman, empero no se toma en cuenta la existencia de los 50 millones de pobres que existen de los cuales un porcentaje significativo se encuentra en condiciones de pobreza extrema, que por “muy baratos” que sean los medicamentos no pueden obtenerlos y eso repercute en el consumo. Como es lógico, la gente que tiene mayores posibilidades económicas es que consume más del 40% de las medicinas en nuestro país, lo demás es consumido entre las personas de medianos y bajos recursos.

Por otra parte, la aparición de los medicamentos denominados similares⁴¹³ ha repercutido mucho en el mercado y el consumo, porque ante las actuales condiciones de pobreza, el control de las transnacionales y falta de promoción y conocimiento acerca de los medicamentos genéricos, los similares o “parecidos” se han erigido como una posibilidad para la gente que antes no podía comprar fármacos, lo que de alguna manera ha elevado el consumo.

3.7.3. Segmentación del mercado y canales de distribución.

El mercado farmacéutico nacional está segmentado en 4 rubros específicamente que son los medicamentos de marca o patente, los genéricos, los genéricos intercambiables y los similares; a su vez, todos estos se dividen en dos clases los de venta libre o que no requieren prescripción médica y los que si necesitan de receta para ser vendidos. Los laboratorios nacionales y transnacionales en su mayoría concentran el segmento de medicinas de venta libre, el referente a los similares es concentrado por un laboratorio nacional *Best*

⁴¹³ Los medicamentos similares son aquellos que tienen los mismos ingredientes químicos, tiene la misma absorción, se encuentra en las mismas vías de administración, pero no tiene las mismas concentraciones de la sustancia activa que los, medicamentos de referencia o de marca, además de que su efecto terapéutico no ha sido comprobado por carecer de pruebas de disponibilidad, disolución y bioequivalencia, razón por la cual su consumo puede crear efectos colaterales.

perteneciente a Víctor González Torres. Los demás segmentos también son compartidos entre los laboratorios nacionales y extranjeros.

Con respecto a los canales de distribución, debe decirse que para que las medicinas lleguen a los consumidores se deben de comercializar los productos por varios canales, en el caso de México, la instancia que debe vigilar ese proceso de comercialización es la CANIFARMA. Para la colocación de los productos farmacéuticos en México, los laboratorios utilizan a diversos distribuidores entre los más importantes y que comprenden las mayores cantidades de medicinas para colocar en las farmacias en todo el territorio nacional se encuentran “Casa Marzam, Casa Saba, Farmacias Benavides (que pertenecen a la familia González Torres), Corporativo Fragua, Nacional de Drogas y Provedora de medicamentos”⁴¹⁴, dichos distribuidores proveen a mayoristas y a minoristas. “El mercado minorista está fragmentado en más de 23,000 farmacias independientes. El sector mayorista concentra a el sector Público, seguridad social y grandes cadenas como Wal-mart, Gigante, Comercial Mexicana, Chedraui”⁴¹⁵ y las grandes farmacias de toda la república que son abastecidas directamente por los grandes distribuidores anteriormente mencionados. Cabe señalar que los principales distribuidores surten a más de las 20,000 farmacias que existen en todo el país.

Además de los canales de distribución existen los canales de comercialización, en México básicamente son 3: la publicidad que se hace a través de los anuncios por televisión, que en los últimos años han crecido mucho y que son transmitidos a lo largo de todo el día y después de los bebidas y alimentos son los productos más anunciados.

El segundo canal de comercialización es que se lleva a cabo por medio de la publicidad de boletines y anuncios impresos que hacen las farmacias para dar a conocer los productos innovadores y las ofertas de medicamentos.

⁴¹⁴ KPMG. *La industria farmacéutica en México. Op. Cit.* p.35

⁴¹⁵ *Idem*

El último canal de comercialización es la promoción que hacen las farmacéuticas de sus productos por medio de agentes farmacéuticos, que son quienes representan a sus empresas y llevan a los hospitales, centros médicos y clínicas las innovaciones y medicamentos. Básicamente establecen contactos con médicos entregándoles muestras para que las prueben y después recomienden las medicinas a sus pacientes, lo que es un método muy efectivo.

3.8. La industria Farmacéutica en México

En México existen 200 laboratorios nacionales y transnacionales de las cuales 25 son nacionales, pero nada más 3 son consideradas como grandes industrias, el resto son transnacionales. Lo que muestra que la industria está dominada por éstas últimas. Los tres laboratorios nacionales existentes fabrican medicamentos de patente y son los laboratorios Sanfer que se crearon en 1941, los laboratorios Pisa y los laboratorios Liomont.

La industria farmacéutica presenta las mismas características que en Brasil y que en el resto de América Latina. Además de que cuenta con ciertas debilidades como las siguientes: “las cadenas de producción cuentan con niveles bajos de integración, las farmacéuticas nacionales no tienen acceso a precios competitivos de las materias primas y no se cuenta con la infraestructura necesaria”⁴¹⁶.

La inversión extranjera es un aspecto muy importante en la industria farmacéutica, para incentivar la producción y que anualmente crece en México, pero está estrechamente relacionada con la presencia de las grandes transnacionales. Una de las deficiencias de la industria nacional es la gran dependencia que se tiene de la inversión extranjera y de la producción de los farmacéuticos nacionales, ya que los laboratorios nacionales utilizan estos productos para posteriormente imitarlos, lo que evidencia que la farmacéutica nacional es de imitación y no de innovación; cambiar esto un proceso muy complejo por las condiciones de marginación con las que cuenta la industria

⁴¹⁶ KPMG. *La industria farmacéutica en México. Op. Cit.* p.35

nacional, razón por la cual no se invierte mucho por parte de los laboratorios mexicanos en investigación para la creación de nuevos productos.

Cuadro N°18

Los principales laboratorios farmacéuticos en México

EMPRESA	PAÍS DE ORIGEN
Abbott Laboratories de México, S.A de C.V.	Estados Unidos
Alcon Laboratorios S.A de C.V	Estados Unidos
Allergan, S.A de C.V	Estados Unidos
AstraZeneca Mexicana, S.A. de C.V	Suecia-Inglaterra
Aventis Pharma, S.A de C.V	Francia
Bayer de México, S.A de C.V.	Alemania
Boehringer Ingelheim Promeco, S.A de C.V.	Alemania
Bristol Myers-Squibb de México, S.A de C.V.	Estados Unidos
Eli Lilly compañía de México, S.A de C.V	Estados Unidos
Gelcaps Exportadora de México, S.A de C.V	Estados Unidos
Glaxo Smith-Kline México, S.A de C.V	Inglaterra
Grupos Roche Syntex de México, S.A de C.V	Suiza
Janssen-Cilag, S.A de C.V	Estados Unidos
Johnson & Jonson de México, S.A de C.V	Estados Unidos
Laboratorios Liomont, S.A de C.V.	México
Laboratorios Pisa, S.A de C.V.	México
Laboratorios Sanfer, S.A de C.V.	México
Lemery, S.A de C.V.	Estados Unidos
Mead Jonson México, S.A de C.V.	Estados Unidos
Merck, S.A de C.V.	Alemania
Merck Sharp and Dome de México, S.A de C.V.	Estados Unidos
Novartis Farmacéutica, S.A de C.V.	Suiza
Organon Mexicana, S.A de C.V.	Holanda
Pfizer, S.A de C.V.	Estados Unidos
Sanofi-Synthélabo de México, S.A. de C.V.	Francia
Schering Mexicana, S.A de C.V.	Alemania
Schering-Plough, S.A. de C.V.	Alemania
Wyeth, S.A. de C.V.	Estados Unidos

Fuente: KPMG. *La industria farmacéutica en México. Op.Cit. p.34.*

3.8.1. La presencia de las grandes farmacéuticas transnacionales

La presencia de las grandes transnacionales en México es muy significativo, la primera empresa en llegar fue Eli Lilly en 1908 las farmacéuticas transnacionales, posterior privilegiada que no tienen en Europa y de la que gozan solo las farmacéuticas estadounidenses en su país. Así, las prerrogativas gubernamentales y las ganancias económicas le dan a las transnacionales un gran poder en México, ya que establecen sus condiciones para poder obtener diversas ventajas.

En México, están presentes la mayoría de las grandes transnacionales farmacéuticas y empezaron a llegar muchas durante los últimos años de la Segunda Guerra Mundial, es el caso de Bayer, Knoll farmacéutica, Boehringer Ingelheim Promeco, S.A de C.V. Schering Plough, Schering, Merck y Merck Sharp and Dome. En 1951 llegaron Pfizer, los laboratorios Abbott, Johnson & Johnson y Glaxo Wellcome, que actualmente es Glaxo Smith–Kline. Posteriormente en la década de los años 60 llegaron farmacéuticas como Aventis, Novartis, Janssen Cilag y ya posteriormente con el establecimiento del modelo neoliberal a finales de los 80 y principios de los 90 llegaron AstraZeneca, Gelcaps y demás empresas.

Cabe señalar que en México siempre han existido transnacionales farmacéuticas y desde los inicios de la industria en el país se ha dependido de ella, sólo en la época de los años 40 y hasta los años 60 tuvo un gran impulso, en la actualidad, se depende mucho de las materias primas y los productos de las farmacéuticas extranjeras.

3.8.1.1. La relación de México con las grandes farmacéuticas

En México, las farmacéuticas siempre han tenido una posición privilegiada pero a raíz del TLCAN lograron establecer con mayor énfasis sus demandas, para lo que el gobierno en cierta manera ha mantenido su fuerza, en

general puede decirse que muchas disposiciones referentes a la propiedad industrial y al sector farmacéutico son benéficas para estas empresas.

Por otra parte, nuestro país a diferencia de Brasil, no ha podido llevar a cabo una política nacional de medicamentos genéricos y esto obedece a la presión que han ejercido presión para evitar que esto pase por la importancia del mercado y porque a pesar de los esfuerzos no se le ha dado un impulso al consumo de genéricos para convertirlos en una política nacional.

Por otra parte, México no ha representado una amenaza para los intereses de las transnacionales ni a nivel nacional ni internacional, en lo nacional, porque el gobierno acepta las disposiciones de las empresas para establecerse aquí y por medio de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica se defienden los intereses de este sector aunque esté dominado por transnacionales que los intereses de los mexicanos.

3.8.1.2. El poder de las farmacéuticas en México

En México, las grandes transnacionales tienen mucho poder, las razones anteriormente descritas, el hecho de que no exista en el mercado nacional una competencia genérica significativa, que las empresas extranjeras dominen el mercado y que no haya una industria nacional fuerte han aumentado el poder de dichas industrias, en donde han llegado a amenazar al gobierno con retirarse del país y “sofocar la industria” farmacéutica y llevarse la inversión extranjera en caso de aprobarse la ley que permite la fabricación de medicamentos genéricos y similares como una medida nacional en pro de la gente que más lo necesita.

Una muestra clara de lo anterior es que dicha iniciativa de ley no se aprobó por atender contra los intereses de dichas empresas. Quienes cuentan con estrechos vínculos con los directivos de la Canifarma y de la Asociación Mexicana de

Investigación de la Industria Farmacéutica (AMIIF), además de contar con el apoyo incondicional de su gobierno que en cualquier momento puede presionar al mexicano para que continúen teniendo sus industrias ciertas prerrogativas.

3.8.2. Las farmacéuticas nacionales y los centros de investigación

Con respecto a la investigación, en México se hace 75% de la investigación farmacéutica pero es de las grandes transnacionales con personal y mecanismos nacionales, pero infraestructura extranjera. Además hay que señalar que invierten más en la publicidad y la comercialización de sus productos que en la investigación, aunque comparado con los porcentajes que destinan los laboratorios mexicanos si es muy grande y genera “innovaciones” provenientes de sus matrices que las farmacéuticas nacionales no pueden obtener por la falta de recursos y por no ser tan grandes como dichas empresas.

Los laboratorios nacionales casi no hacen investigación científica porque les resulta muy costoso, razón por la que en su mayoría son empresas de imitación y no de innovación, además de que no cuentan con subsidios o incentivos nacionales como si cuentan las filiales extranjeras en sus países el 30% que logran desarrollar lo hacen mediante convenios con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y los institutos de salubridad como el de cancerología o nutrición.

3.8.2.1. Estrategias de los laboratorios nacionales

Básicamente el comportamiento de las empresas nacionales y su estrategia es muy similar, lo que hacen es imitar algunos productos de las grandes empresas transnacionales y por medio de estos competir en el mercado, sin embargo no les resulta muy exitoso por la fuerte publicidad y la referencia que la gente tiene del producto de la marca que imitaron.

En ese sentido, la falta de investigación, de recursos y de infraestructura conlleva al resultado que conocemos, muy poca presencia nacional y el dominio de las transnacionales del mercado mexicano.

Por otra parte, han buscado en los últimos años como estrategia algunos laboratorios producir únicamente los fármacos en los que son especialistas para tener una participación significativa y un crecimiento, tal es el caso de los laboratorios Sophia que se especializa en productos oftalmológicos y que tiene en este ramo una presencia importante. Algunos otros están optando por seguir produciendo los medicamentos que desde hace años fabricaban como es el caso de los laboratorios Liomont que siguen fabricando anti-inflamatorios y medicamentos anti micóticos y alguna que otra innovación en este ramo por lo que se han mantenido en el mercado.

3.8.2.2. Fusiones a nivel nacional

Las fusiones a nivel nacional han sido en realidad pocas y responden a la necesidad de no sucumbir ante las grandes transnacionales, pero el fenómeno que más persiste en México es la compra de empresas nacionales por parte de las transnacionales o algunas fusiones, pero esto último es muy raro, por lo general las empresas extranjeras han absorbido a las nacionales. Algunas de las empresas que quedan son resultado de fusiones entre ellas mismas, o por la compra de laboratorios más pequeños como lo han hecho el Laboratorio Sanfer, Liomont y Sophia.

3.8.2.3. Vínculos políticos y sociales de las farmacéuticas nacionales

En México, existe una gran influencia de las transnacionales farmacéuticas, puesto que cuando se ha querido modificar la ley de patentes para disminuir el periodo y poder crear versiones genéricas, las farmacéuticas han amenazado con irse y llevarse sus ganancias e inversión, lo anterior lo hacen por la protección con la que cuentan por parte de Estados Unidos.

En otro sentido los vínculos políticos entre farmacéuticas nacionales es muy clara en el caso de los dueños de las principales distribuidoras como Casa Saba y farmacias Benavides que pertenecen a la Familia González Torres, quienes están en el Partido Verde y por otra parte, Víctor González Torres con sus medicamentos similares ha acaparado un porcentaje importante del mercado, aún cuando estos medicamentos no le sirvan a la gente, aunque les haga pensar que sí y esto evite la promoción y consumo de medicamentos genéricos en México, que sí sirven y serían una muy buena alternativa.

3.8.3. Grupos de poder y de presión en México

Los grupos de presión y de poder por lo general se encuentran conformados por los dueños de las farmacéuticas nacionales, especialmente la familia González Torres que desde hace muchos años se encuentra inmersa en la industria y por medio de la política ha buscado preservar sus prerrogativas como lo pretende Víctor González Torres a través de su cadena de farmacias similares y sus laboratorios Best, sin mencionar que esta familia es dueña de las farmacias Benavides, Casa Saba y las farmacias el Fénix que son algunas de las comercializadoras y distribuidoras de medicamentos más importantes en el país.

Con lo que respecta a las transnacionales éstas han utilizado muy bien foros como la AMIIF y CANIFARMA para expresar sus condiciones y mantener sus privilegios en México, la incorporación de gerentes generales de empresas como Wyeth y demás farmacéuticas en el consejo de la CANIFARMA han facilitado la presión de este sector al gobierno en especial en lo que se refiere a la modificación de las leyes de patente y en la regulación farmacéutica.

Por otra parte, estas empresas se han encargado de hacer valer los postulados del ADPIC en nuestro país, recordando a los legisladores que en México no se

pueden producir genéricos porque eso sería una competencia desleal y una violación al ADPIC y disposiciones de la OMC por lo que , la presión que ejercen ha recaído en limitar la producción de genéricos y coartar la existencia de similares.

3.8.4. *Participación en el mercado global (Importación y exportación, monto de ventas y producción a nivel nacional)*

México es el principal mercado en América Latina y el “noveno en importancia a escala mundial de acuerdo con el volumen de ventas, en la región es el mercado más grande y exporta grandes cantidades de fármacos a Venezuela, Argentina y Centroamérica”⁴¹⁷. El monto de ventas es mayor que el de Brasil, que es el segundo mercado farmacéutico en la región, puesto que “la facturación del sector fue de \$7,500 millones de dólares”⁴¹⁸ el año pasado.

Las importaciones del sector farmacéutico no son muy grandes y como se mencionó con antelación nada más el 5% de las ventas totales se importa y en su mayoría de Estados Unidos. En este sentido debe decirse que la mayor parte de las importaciones lo ocupan las materias primas y no los medicamentos terminados, aunque una pequeña parte de las importaciones también la conforman estos medicamentos. Por otra parte, México es el país que produce la mayor cantidad de fármacos en la zona, la importancia que ocupa a nivel internacional es que significa un punto estratégico para la comercialización de medicinas, además de que por las condiciones que privilegiadas que tiene el país en materia de la ley de patentes, del poder de las grandes transnacionales y la falta de una producción mayoritaria de los laboratorios nacionales muchas grandes y medianas empresas farmacéuticas están llegando al país para aprovechar los beneficios y colocar sus productos en toda América Latina.

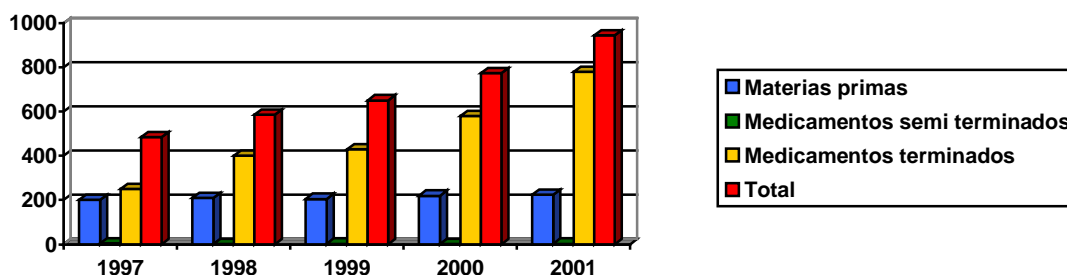
⁴¹⁷ Suárez, Gabriel. “Encabeza México fármacos” en *Periódico Reforma*, sección de negocios, 7 de febrero de 200, México. p.2

⁴¹⁸ *Idem*

Los principales “proveedores de materias primas en México son: Estados Unidos Alemania, Suiza, Inglaterra, Francia e Italia”⁴¹⁹, lo que responde a que estas industrias son de innovación y son las que fabrican las materias primas y sustancias activas, además de ser quienes más invierten en investigación, lo que incentiva la innovación y la producción de diversos productos al año, algo de lo que carece nuestro país.

El monto de las ventas fue en el 2004 de más de 6 mil millones de pesos y como en los primeros 4 meses ya se habían vendido más de \$2,500 millones de pesos se estima que este año, la cifra supere los \$8 mil millones de pesos este año.

Gráfica N°24. Exportaciones mexicanas de Medicamentos.



Fuente: KPMG. La industria Farmacéutica en México. Op. Cit. P.37

3.8.5. *La expansión de la industria farmacéutica a otros rubros como la farmacogenómica y el uso de plantas medicinales*

La búsqueda por parte de las grandes farmacéuticas transnacionales en el aumento de sus ganancias ha repercutido en la expansión de la industria farmacéutica en la farmacogenómica para la creación de medicamentos personalizados. México en éste tema tiene una gran importancia por la diversidad étnica y biológica que tiene.

⁴¹⁹ *Ibidem* p.37

La participación de las grandes transnacionales en México ha permitido se “utilicen” los recursos genéticos de nuestro país para sus investigaciones y para el desarrollo de la farmacogenómica, ya que “estas empresas están detrás del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMGEN), cuya creación fue anunciada a mediados de 2004 (pero que funcionaba desde principios de 2003) por el presidente Vicente Fox y que trabaja con fondos públicos”⁴²⁰.

El hecho de que en nuestro país exista una riqueza étnica lo ha colocado como punto estratégico para el desarrollo de la farmacogenómica

Por otra parte ha utilizado las grandes reservas biológicas y el conocimiento de plantas medicinales para crear nuevos productos patentados.

3.8.6. Los intereses de las farmacéuticas en la Selva Lacandona y la biopiratería

En México, las transnacionales tienen grandes intereses en la selva Lacandona porque es uno de los lugares donde existe mayor diversidad biológica, puesto que nuestro país es uno de los países megadiversos en todo el mundo y en la selva Lacandona específicamente existen especies que no hay en ningún otro lugar; además de ello existen diversos grupos étnicos quienes al convivir con la naturaleza y respetar el entorno, pues han logrado obtener conocimientos de herbolaria y plantas medicinales, por lo que muchas farmacéuticas han utilizado esos conocimientos para la creación de nuevos medicamentos, lo que constituye un robo que es denominado como biopiratería.

Por otra parte, también han utilizado los recursos naturales para la investigación de nuevos fármacos ahorrando así los gastos en investigación. En México ha existido una gran biopiratería por parte de estas empresas, ya que se han llevado las plantas y el conocimiento sobre ellas, como hicieron con el Tepozcohuite,

⁴²⁰ Ribeiro, Silvia. “la inversión en los genes” en *La Jornada*, 30 de agosto de 2004. México. P.1

planta que ha servido para las quemaduras desde hace años, la cual ya está patentada bajo una pomada para quemaduras de un laboratorio farmacéutico, evitando así que los indígenas y los mexicanos utilicemos nuestros recursos biológicos, para lo cual estas empresas han comercializado las plantas.

3.8.7. México en el contexto farmacéutico latinoamericano

México como se mencionó anteriormente es el principal mercado farmacéutico en América Latina y el principal exportador de medicamentos en la región, es el noveno mercado a nivel internacional, lo que muestra su importancia y el hecho de que en el país la cifra de producción y consumo anualmente crezcan, además de eso, el monto de las inversiones extranjeras en el sector farmacéutico es muy grande.

La importancia de México en el contexto farmacéutico latinoamericano estriba en que el país significa un puente entre Estados Unidos y América Latina tanto para la importación de materias primas como de medicamentos terminados.

3.8.8. Los medicamentos genéricos en México

En 1984, se hicieron reformas a la ley de la propiedad intelectual para incorporar los medicamentos, a la ley fue aprobado y se llevó a cabo por la presión de las grandes farmacéuticas.

México firmó el ADPIC en 1997 y entró en vigor el 1 de enero de 2000, incorporando solo las salvaguardas previstas y no considerando la protección a la población.

A partir de esa fecha se trató de dar a los medicamentos genéricos mayor promoción, pero la iniciativa no ha resultado porque no se difunde por los médicos ni los medios. “En México el mercado de genéricos sólo representa menos del 2% y de ese total, el 80% es consumido por la población consume porque se otorga en las clínicas del IMSS, ISSSTE y en los centros de salud”⁴²¹.

3.8.8.1. La producción de medicamentos genéricos en México

En México los genéricos empezaron a producirse y consumirse en 1980 y en 1981 respectivamente, ya que el entonces presidente Miguel de la Madrid aprobó la ley para la producción de genéricos intercambiables en todo el país, así en todo ese año se buscó establecer a los genéricos como una política nacional de medicamentos que lograra el acceso a medicamentos para toda la población, especialmente para la más pobre.

Posteriormente se creó en 1982, la promoción de genéricos intercambiables para comprobar que se cumplía con las pruebas de bioequivalencia y efectividad, las cuales garantizaban que el efecto terapéutico era exactamente igual que un medicamento de patente.

En los años siguientes, debido a esta ley se crearon las condiciones legales para la producción y consumo con y sin pruebas de intercambiabilidad, pero “hasta antes de la reforma de la ley hecha al artículo 376 de la Ley General de salud también se podían registrar copias sin presentar las pruebas de intercambiabilidad dando lugar a los medicamentos conocidos popularmente como parecidos o similares”⁴²²

⁴²¹ José González Méndez. “Mercado comprimido” *Op.Cit.* p.1

⁴²² Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF). *Investigación para la vida.* México, 2005. p.36

Sin embargo, los genéricos no han tenido una promoción fuerte ni se ha logrado promocionar la eficacia de estos medicamentos en el país, aunado a ello, los similares que no son efectivos y que no cumplen con ninguna de estas pruebas comprenden un mayor consumo y participación en el mercado nacional.

Hay que resaltar que la producción de genéricos es muy exigua aun en México, ya que sólo de la producción total de fármacos se produce el 2%, dicha producción es hecha por las empresas extranjeras en su mayoría como los laboratorios Kendric, Alcon, Apotex y los laboratorios Serral, las grandes transnacionales también tienen una participación significativa en la limitada producción de genéricos, entre ellos resalta los genéricos de la empresa Merck y Novartis.

3.8.8.2. Participación de las transnacionales en el mercado nacional de genéricos

En México son las grandes transnacionales de países como Gran Bretaña y Canadá por medio de los laboratorios Kendrick y Alcon (británicos) y Apotex (canadiense) los que manufacturan estos medicamentos o los importan de sus filiales para venderlos en México, la mayoría de los genéricos son comprados por la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, en México lamentablemente la presencia de las farmacéuticas de genéricos indias y de Israel no tienen gran presencia en nuestro país y los laboratorios nacionales casi no producen, salvo algunos, pero eso aún no tiene mucho impulso.

3.8.8.3. El consumo de medicamentos genéricos

En México el consumo de medicamentos es muy bajo, no alcanza ni siquiera el 1% ya que sólo comprende el 0.3% del mercado nacional, es mayor el consumo de los medicamentos similares que alcanzan el 4% del

mercado y consumo nacional, lo que beneficia enormemente a las farmacéuticas transnacionales y no beneficia a la población.

3.8.8.4. La participación de México en torno a la crisis Del acceso a medicamentos nacional e Internacional

México a pesar de ser el mercado farmacéutico más importante de América Latina no ha tenido una participación clave en torno a la crisis de medicamentos ni a nivel nacional, regional ni internacional, ya que en el país, la fuerte presión que ejercen las farmacéuticas y el poder que tienen ha hecho que se modifiquen las leyes para el perfecto cumplimiento de las leyes del ADPIC, además de que con el TLCAN se instituyó la rigidez jurídica en materia de propiedad intelectual.

Por otra parte, a pesar de ser un gran exportador, México no ha incentivado la cooperación sur-sur como si lo han hecho países como Brasil e India, además de que no se ha apoyado ni a nivel nacional ni internacional una política pro genéricos para garantizar que la población más vulnerable tenga acceso a los medicamentos, por lo que en ese sentido la participación en torno a la crisis de medicinas por parte de nuestro país ha sido incipiente.

3.9. México en la OMC

La participación de México en la OMC se ubica desde 1986, año en que México ingresó al AGAAC/GATT, posteriormente fue signatario en 1995 de la Organización Mundial de Comercio, puesto que representaba un foro importante para el comercio, crecimiento y desarrollo del país en aras de las políticas comerciales y la lógica que estaban llevando a cabo los mandatarios desde la época de Miguel de la Madrid hasta Zedillo correspondía a la suscripción de acuerdos comerciales.

Para México, el foro comercial ha sido importante, ya que por medio de este ha logrado tener una participación importante en lo referente a la agricultura y a los derechos de propiedad intelectual en materia de salud, puesto que el encargado de llevar a cabo las negociaciones sobre estos dos temas y lo relativo a los temas de la agenda para el desarrollo fue el embajador Pérez Mota, junto con su homologo de Singapur.

3.9.1. La postura de México con respecto al ADPIC de la OMC

La postura de México con respecto al ADPIC fue considerada como una acción subsiguiente a la firma del TLCAN, ya que las disposiciones relativas a la propiedad intelectual eran las mismas, además de que si se quería ser miembro se tenía que firmar el ADPIC y cumplir con las disposiciones referentes a todo lo que se había negociado. Para México, la situación de los medicamentos que comprendía este acuerdo fue un punto de alerta, que fue expresado conjuntamente con los demás países en desarrollo, por lo que la actuación de México se considera importante puesto que el representante mexicano junto con el de Singapur fue quien elaboró un documento con propuestas para la importación, exportación, producción y consumo de genéricos por parte de los países más pobres y los en vías de desarrollo, que realmente lo necesitaran.

Sin embargo, lo contradictorio de esta postura tan importante a nivel internacional y en pro del desarrollo y la cooperación sur-sur, México no ha incentivado la promoción ni el consumo de genéricos por referir que sólo hará uso de tales disposiciones en situación de extrema urgencia nacional en materia de salud, lo que se entiende por ser el principal mercado farmacéutico en América Latina, por la presencia de las grandes transnacionales y por la relación tan cercana de Estados Unidos y porque en el país, no existe una política pro genéricos ni se pensaba impulsarla para contrarrestar los efectos del ADPIC, por lo que la postura en la reunión ministerial de la OMC en 2001, fue prácticamente de

denuncia y conciliación entre los países en desarrollo y Estados Unidos, pero sin llevar a cabo acciones claras en contra de este acuerdo.

3.9.2. La firma del ADPIC y su entrada en vigor en México

En México, el ADPIC entró en vigor el 1 de enero de 2000, haciendo únicamente uso de la mitad del período de gracia que se había destinado para la modificación de la ley de patentes (10 años), esto se hizo porque finalmente ya se habían modificado las leyes en materia de patentes y propiedad intelectual para la firma y entrada en vigor del TLCAN, por lo que no había mucho que hacer para armonizar la ley de patentes nacional con las disposiciones del ADPIC.

3.10. La propiedad intelectual en México

La propiedad intelectual constituye uno de los mecanismos más importantes para el desarrollo económico y tecnológico de los países, puesto que a través de ésta se puede tener un mayor control en procesos comerciales y la obtención de grandes retribuciones monetarias.

Por la dinámica del avance científico y tecnológico, por la intensidad de las relaciones comerciales entre distintos Estados y por las nuevas reglas con las que se administra el conocimiento en los países desarrollados, las instituciones de investigación buscan cada vez mejores formas para asegurar sus intereses. Una de ellas ha sido y sigue siendo la protección de los Derechos de Propiedad Intelectual.

La propiedad intelectual es el conjunto de derechos patrimoniales de carácter exclusivo que otorga el estado por un tiempo determinado, a las personas físicas o morales que llevan a cabo la realización de creaciones artísticas o que realizan

invenciones o innovaciones y de quienes adoptan indicaciones comerciales, pudiendo ser éstos, productos y creaciones objetos de comercio.

Cabe señalar que la propiedad intelectual es protegida mediante el derecho lo que da lugar a que son los derechos legales sobre los productos resultantes de la actividad intelectual en las áreas industrial, científica, literaria y artística dando protección contra imitaciones o copias ilegales por medio de 7 mecanismos que son: las patentes, los derechos de autor, las marcas comerciales, diseños y secretos industriales.

Los Derechos de Propiedad Intelectual se dividen en dos categorías los derechos de propiedad industrial y los derechos de autoría, los primeros están relacionados con las actividades industriales concediendo el monopolio de uso y explotación al inventor por un plazo determinado y los derechos de autor que conceden protección a los autores de obras literarias, científicas, cinematográficas y artísticas.

La mayor parte de los países que hoy son industrializados comenzaron a establecer sus sistemas de patentes entre 1790 y 1850, siendo las leyes muy distintas a las de la actualidad. En el caso de México al haber sido una colonia española no existía un sistema de patentes propio, puesto que el primero que se estableció fue bajo la organización de la Nueva España en 1797 con el establecimiento del sistema español de patentes, que no era tan rígido como el de Francia o Gran Bretaña.

Posteriormente en 1820, se elaboró como primer documento relativo a la Propiedad Intelectual en México los Edictos del Gobierno de la Nueva España que establecían privilegios de uso exclusivo a nuevas tecnologías en la agricultura, minería y textiles. "Para 1832, cuando México ya era un país independiente, una de las primeras acciones de política exterior fue que el despacho de Relaciones Exteriores a cargo de Lucas Alamán estableció el 7 de

mayo de ese año el primer decreto de México sobre Propiedad Intelectual⁴²³ que establecía que las creaciones hechas en territorio mexicano y por mexicanos tenían privilegios de uso exclusivo por parte de sus autores y las creaciones deberían de ser respetadas por todos los extranjeros, quienes no podían reproducirlas ni en México ni en sus países.

Cabe señalar que hasta mediados del siglo XIX, los trabajos especializados eran vistos por muchos países como el principal medio de transferencia de tecnología, a pesar de las prohibiciones de la emigración, impuestas por las grandes potencias. Con el avance de la industrialización y la exportación de maquinaria, que eran vistas como la mayor muestra del desarrollo tecnológico, se empezaron a crear restricciones en varios lugares. La mayoría de estas restricciones y las prohibiciones sobre el uso del conocimiento tecnológico se establecieron en las antiguas colonias o los países en desarrollo, es el caso de México, en donde se trató de limitar la utilización de tecnología y el conocimiento de la misma para que el país no tuviera un desarrollo industrial significativo.

Con el tiempo dichas prohibiciones fueron abolidas por el progreso de la tecnología y porque los países industrializados consideraron que la transferencia de tecnología no se completaba sólo por el conocimiento de quienes usaban las maquinas, ya que se podía proteger el secreto “industrial” para lo cual las invenciones y los conocimientos sobre la aplicación de la maquinaria y su utilidad estarían conferidos a sus autores aunque los utilizaran en países postergados, puesto que no tendrían la capacidad de fabricarlos y en el caso que lo hicieran violarían un derecho exclusivo de propiedad intelectual, el cual estaba muy penalizado.

Así se estableció que los derechos de Propiedad Intelectual no solo estuvieran protegidos en sus países sino que se llevaran a cabo acciones para proteger el

⁴²³ Historia de la propiedad intelectual en México. Consultada en la pagina de la Dirección General de Innovación y desarrollo www.innovacion.cicese.mx/historia el 4 de mayo de 2005.

derecho de propiedad intelectual a nivel internacional para lo cual las primeras acciones para lograrlo se dan en 1873 en el Congreso de Viena, siendo primer acuerdo internacional sobre propiedad industrial, el cual fue firmado sólo por 10 países entre ellos sólo México y Brasil. Para nuestro país la propiedad intelectual era un ámbito muy importante para el desarrollo nacional, por lo que se mando un representante para contraer los compromisos internacionales en esa materia. En Paris en 1883 se llevó a cabo la Convención para la protección de la Propiedad Industrial y se firmó la Convención de Paris que establecía los principios para la protección de las patentes y marcas comerciales, tres años después se firmó la Convención de Berna sobre derechos de autor. México firmó ambas convenciones, las cuales son muy importantes porque establecieron las bases para una mayor legislación internacional sobre los Derechos de Propiedad Intelectual

En el caso de México, la propiedad Intelectual se reconoce como un mecanismo muy importante para el crecimiento y el desarrollo hasta 1873 que se firma la convención de Viena, posteriormente hasta 1893 se vuelve a dar un impulso a dicho tema porque Porfirio Díaz consideraba que sería un medio para incentivar el desarrollo y el crecimiento tecnológico del país, razón por la cual el gobierno de Díaz designó varios representantes para que asistieran a la creación de la Oficinas Internacionales Reunidas para la Protección de la Propiedad Intelectual (BIRPI por sus siglas en francés), quienes lograron que los demás países expresaran el consentimiento de que México estuviera en dichos procesos, el BIRPI es el antecesor de la OMPI.

“La legislación mexicana de la década de los 70 en materia de inversión extranjera, transferencia de tecnología, patentes, marcas y derechos de autor es modelo de un derecho de propiedad intelectual más elástico y menos riguroso, que era una estrategia de los países subdesarrollados.”⁴²⁴

⁴²⁴ Becerra, Manuel. *La propiedad intelectual en transformación*. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, Núm.72, México, 2004. p.23

Posteriormente, en el período de Luis Echeverría se planteó dar un impulso a la Propiedad intelectual, por lo que se llevan a cabo acciones para la creación de “la Ley de Invenciones y Marcas en 1976, la cual era la única que regulaba sobre la propiedad industrial en nuestro país, durante el gobierno de López Portillo se trató de darle continuidad al impulso a la protección de la propiedad, por lo que se “firma el Tratado de cooperación en materia de patentes que entró en vigor en 1978; así durante los gobiernos de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari se sentaron las bases neoliberales, motivo por el que era importante la modificación de la ley de patentes y marcas en 1987”⁴²⁵, dichas tendencias neoliberales poco a poco empezaron a minar este derecho de propiedad intelectual que era más flexible con la adopción de acuerdos comerciales con Estados Unidos y Europa.

Así por mucho tiempo nada más estas dos leyes regularon lo referente a este tema en nuestro país.

La participación de México en lo que se refiere a la Propiedad Intelectual sólo se remite a la asistencia y firma de las convenciones internacionales y en ser miembro de la OMPI, ya que no se le ha dado mucho impulso ni se ha utilizado como un medio para el progreso nacional, razón por la que durante muchos años no existió una instancia encargada de regular dichas leyes y productos susceptibles de proteger la propiedad industrial, puesto que fue hasta el 27 de junio de 1991, que con “la modernización del sistema en México se promulga la Ley de Fomento y Protección de la Propiedad Industrial que sustituyó a la Ley de Invenciones y Marcas y que dio lugar a la creación del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), “el cual se instituyó por decreto presidencial el 10 de diciembre de 1993”⁴²⁶.

⁴²⁵ *Idem*

⁴²⁶ *Idem*

La Ley de Fomento y Protección de la Propiedad Industrial fue reformada mediante un decreto publicado en el Diario oficial de la Federación el 2 de agosto de 1994, cambiando su nombre a Ley de la Propiedad Industrial. Como resultado de estas reformas, el IMPI se convirtió en la autoridad para administrar el sistema de propiedad Industrial en nuestro país. Esto se hace para cumplir con las disposiciones que se habían hecho en el tema de propiedad intelectual en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).

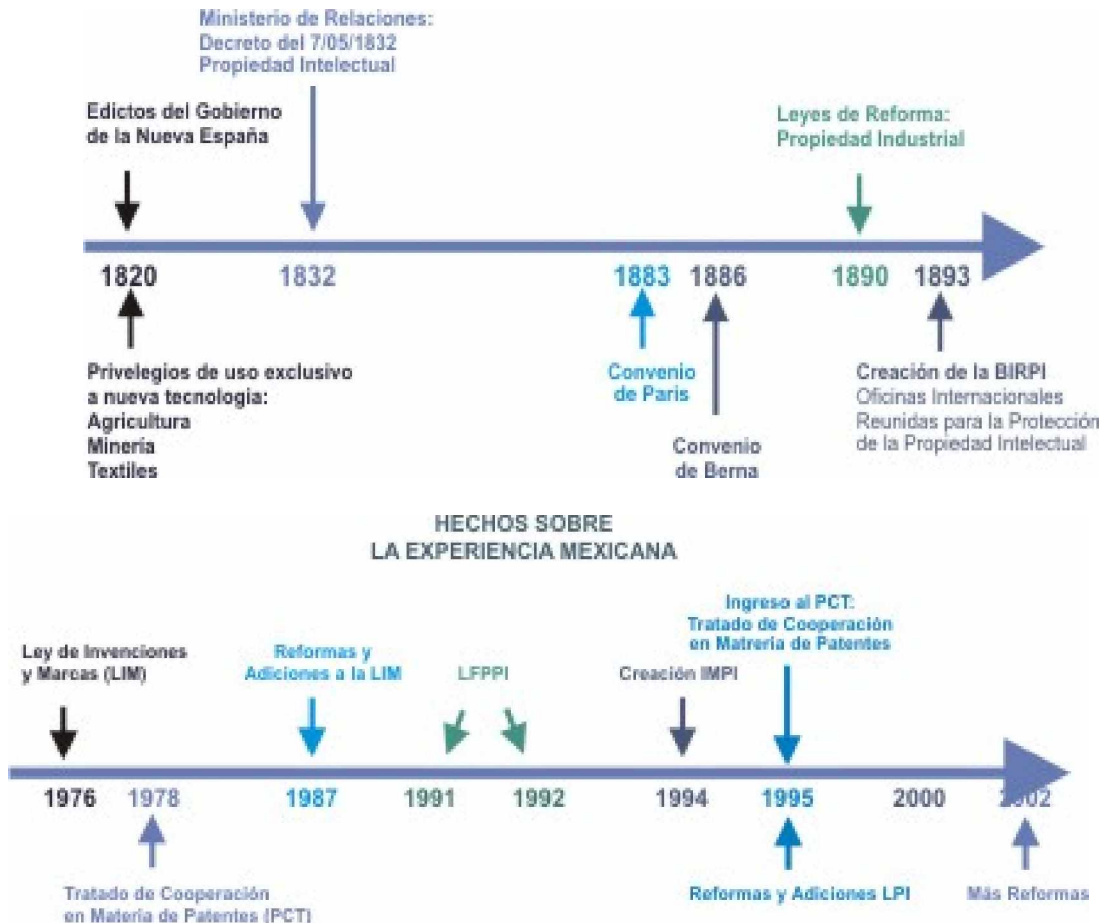
Durante el gobierno de Ernesto Zedillo por las presiones de la sociedad internacional se llevan a cabo las bases para proteger los Derechos de Propiedad Intelectual y “se firma el Tratado multilateral de Cooperación en materia de patentes, además de que se hacen adiciones y reformas a la Ley de Propiedad Industrial”⁴²⁷, para poder firmar el ADPIC y convertirse en miembro de la OMC.

Con el gobierno de Vicente Fox se ha seguido la misma lógica de respetar los acuerdos de Propiedad intelectual, sin embargo no se han creado las condiciones para proteger los sectores y productos vulnerables. La participación de México fue muy importante en lo que respecta al ADPIC, durante la Reunión Ministerial de la OMC en Doha, Qatar en noviembre de 2001, ya que le tocó a Luis Ernesto Derbéz, quien en ese época era el Secretario de Economía, ser el presidente en la negociación sobre medicamentos, lo que repercutió en que en el país entrara en vigor ese año el ADPIC en lo referente a los medicamentos, procesos y tratamientos fármaco-químicos, razón por la cual en el año 2002 se hicieron más modificaciones a la ley de Propiedad Industrial para cumplir las disposiciones que se habían adquirido en la OMC a nivel internacional.

⁴²⁷ *Idem*

Cuadro N°19

La Propiedad Intelectual en México



Fuente: la Dirección General de Innovación y desarrollo www.innovacion.cicese.mx/historia .

3.10.1. El Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI)

El Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual se creó en diciembre de 1993 con el objeto de ofrecer apoyo técnico a la entonces Secretaria de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI). En 1994, se determinó por medio de la modificación de la ley de Propiedad Industrial se determina por decreto nacional que el IMPI es la única instancia encargada de regular la propiedad industrial en nuestro país y se encarga de todo lo relativo a la

propiedad industrial en el ámbito nacional y en la suscripción de acuerdos y convenios internacionales.

3.10.1.1. La protección de la propiedad intelectual en los medicamentos

En México no existía la protección de la propiedad intelectual a los medicamentos, razón por la cual las farmacéuticas exigían que se respetara, empero a diferencia de países como Brasil, no se desarrolló una industria nacional de medicamentos genéricos, lo que se explica por la presencia desde hace más de un siglo de las transnacionales. Por lo que al firmarse el ADPIC se hizo evidente la necesidad de incorporar a la legislación la figura de licencia obligatoria, sin consentimiento del titular de la patente, y las importaciones paralelas de productos patentados o genéricos conseguidos a precios más bajos. Es difícil pensar en un país libre totalmente de amenazas a la salud pública que haga innecesaria esta previsión.

3.10.1.1.1. El uso de las patentes en México

El uso de las patentes en nuestro país no ha sido aplicado como un mecanismo para el desarrollo y el crecimiento, ni para el impulso a la industria, por el contrario, en nuestro país el número de patentes es muy reducido, ya que anualmente se registran 11,000, pero de esas sólo el 10% es de mexicanos, lo que ha limitado el crecimiento y acceso a diversas innovaciones, especialmente en el caso científico-tecnológico y en las aplicaciones fármaco-químicas y salvo diversas excepciones lo anterior ha sido un lastre para el desarrollo de diversas industrias como la farmacéutica, que depende en su mayoría de las innovaciones de las grandes transnacionales.

3.10.1.1.2. La regulación sobre genéricos

El 7 de febrero de 1984 se establece por primera vez la regulación sobre los medicamentos genéricos y entra en vigor la ley de salud que hace referencia a estos y específicamente a los genéricos intercambiables como parte de una política nacional de medicamentos y acceso a los mismos, por parte de las poblaciones de bajos recursos. Además de ello, se incentivó la producción y el consumo de dichos medicamentos para contrarrestar la muerte por enfermedades prevenibles y que no eran combatidas por falta de medicamentos.

La regulación establece que para que puedan ser comercializados o distribuidos los genéricos y genéricos intercambiables deben de contar con una certificación que avale que cumplen con las 3 pruebas requeridas: la de biodisponibilidad, disolución y bioequivalencia.

Cabe señalar, que dicha reglamentación está en vigor y la circulación y producción de genéricos cumple con dicha regulación, empero también se podían registrar copias sin presentar las pruebas de intercambialidad, lo que propició la aparición de los medicamentos similares o “parecidos”. Actualmente con la “modificación de la ley General de Salud al artículo 36 deberán desaparecer del mercado farmacéutico mexicano los medicamentos similares, que son reconocidos en la Secretaría de salud como copias de dudosa calidad, que no han realizado pruebas de bioequivalencia, biodisponibilidad y disolución y por lo tanto constituyen un riesgo para la salud”⁴²⁸, así en el caso de los medicamentos similares que no cuentan con una certificación de su efectividad, se supone que no pueden estar en el mercado, sin embargo, su productor hace caso omiso de las disposiciones de esta regulación, que establecen que no podrán ser comercializados los productos que tengan su registro y autorización en proceso.

⁴²⁸ Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF). *Op. Cit* p.36

Por otra parte, otra de las modificaciones que se hicieron a la ley de Salud y a la ley de propiedad intelectual es el reconocimiento de producción de medicamentos genéricos siempre y cuando cumplan con las 3 pruebas solicitadas por la secretaría de salud que son las de Disolución, bioequivalencia y biodisponibilidad para realizar pruebas posteriores de intercambiabilidad, lo significativo de esto es que México puede producir genéricos sólo para el consumo de la población no para la exportación y sólo puede hacerlo cuando expire la patente de un medicamento, tomando en cuenta las consideraciones del ADPIC y adhiriéndose a la excepción de emergencia en casos de amenaza a la salud y a la seguridad Nacional, en donde nuestro país debe determinar bajo que condiciones y circunstancias puede violar las reglas del ADPIC y producir, exportar, importar y consumir medicamentos genéricos.

3.10.1.2. La ley de patentes en México

La ley de patentes en México esta muy armonizada con el ADPIC y el TLCAN, prácticamente le da todos los derechos y las prerrogativas a los detentadores de las patentes y reconoce los mismos períodos que el ADPIC y está hecha de alguna manera para proteger los intereses de las grandes farmacéuticas, que son quienes cumplen con las disposiciones y requisitos para poder utilizar las prerrogativas, por eso la ley está de parte de las grandes farmacéuticas que son quienes detentan las patentes.

En el caso de los períodos, son exactamente los mismos que en el ADPIC y el TLCAN; los procesos químicos-farmacéuticos no estaban contemplados como objeto de patentarse, así como tampoco lo eran las variedades vegetales, pero con la suscripción del TLCAN dicha situación cambió aceptando las medidas en materia de propiedad intelectual de Estados Unidos y las modificaciones que para conseguir el tan anhelado tratado se hicieron a la ley de patentes.

3.10.1.2.1. Las reformas a la Ley de patentes a partir del ADPIC

La posibilidad de que en el proceso de reformar las leyes sanitarias y de propiedad industrial se incurra en errores que a la larga contribuyan a que la vida efectiva de una patente se prolongue más allá de los 20 años establecidos hasta ahora, significa grandes costos sociales a corto, mediano y largo plazo.

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) que las naciones miembros de la OMC suscribieron establece criterios de propiedad intelectual históricamente basados en las normas de los países desarrollados, que establece un desequilibrio social y comercial.

En ese sentido, exige la protección de la explotación comercial exclusiva de los medicamentos innovadores, así como el derecho de protección de la información relativa a los procedimientos para reproducir la invención, la protección de marcas y medidas contra prácticas anticompetitivas, que limitan de diversas maneras el acceso a los medicamentos y los servicios de salud.

En México la ley de patentes y marcas ha sido reformada en varias ocasiones, la primera se hizo en 1987 y comprende todo lo relativo al periodo de patentes y especialmente a los medicamentos, por la ley de Salud de 1984 por lo que a partir de ésta se incorpora en la ley de patentes los mecanismos pertinentes para la producción de medicamentos genéricos y genéricos intercambiables.

La segunda gran modificación tuvo lugar por buscar homologar las leyes nacionales con lo negociado en el TLCAN especialmente en el área de Propiedad Intelectual por lo que se modifica completamente la ley en 1991 y 1992, año en que se le conoce a este proceso como la reforma de la ley de patentes, que por primera vez en la historia del país, comprende la regulación de las patentes de las medicinas. Se establece también por primera vez que la protección debe de ser mínimo por un período de 20 años. Cabe señalar que las reformas a la ley de

patentes de ese año corresponden en su mayoría o son muy parecidas a las del ADPIC porque en el momento que se negocia el TLCAN tenían lugar las negociaciones de la Ronda Uruguay.

Otras modificaciones fueron las del año 2000 y 2002 con motivo del ADPIC y establece todas las disposiciones en materia de propiedad intelectual en los medicamentos, procesos farmacéuticos y químicos. Las salvaguardias que México incorpora sólo son dos: el uso de licencias obligatorias y las excepciones relativas a casos de extrema urgencia nacional en términos de salud y seguridad. Lo que deja un margen de maniobra muy pequeño y en una posición muy vulnerable a la población, por lo que México no puede adoptar demás excepciones como el agotamiento de derechos regionales, lo que complica mucho la importación de genéricos y el acceso a las medicinas, aumentando así la crisis de acceso a fármacos y empeorando las condiciones de salud en el país.

3.10.1.2.2. La protección de las patentes de los medicamentos a partir del ADPIC

Bajo el marco anterior, desde 1994 se protegieron los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos, de los procesos farmacéuticos y de las sustancias activas, para poder cumplir con las disposiciones del TLCAN en materia de propiedad intelectual. Así, sólo se hicieron algunas modificaciones en la ley de patentes y en la ley general de salud para lograr una perfecta homologación cuando entró en vigor el ADPIC.

Cabe señalar, que en su mayoría las disposiciones del ADPIC están incorporadas a la ley de patentes y de propiedad industrial nacional y que no se incluyen las salvaguardias como las importaciones paralelas ni el uso de excepciones en caso de emergencia nacional, seguridad nacional o situaciones de salud, lo que hace muy vulnerable la posición de México con respecto a los medicamentos y a la fuerza de las grandes transnacionales y afecta terriblemente al sector salud y a la población en general.

3.10.2. Las implicaciones del ADPIC en México

El ADPIC ha tenido grandes implicaciones en México, aunque dichas implicaciones no sean tan evidentes en la actualidad, ya que cada vez menos personas tienen acceso a los medicamentos ni a las innovaciones y el número de consumidores de fármacos se ha elevado por la participación de los similares en el mercado, lo que tiene un gran impacto en las personas de bajos recursos y en general en toda la población que toma esos medicamentos, ya que no se sabe cuántas de esas personas, se curan, mueren o tienen efectos colaterales. Así el sector salud debe tener especial cuidado en la autorización de estos y en la comercialización de los mismos, aunque cabe mencionar que los principales estragos e implicaciones tendrán efecto en los próximos años, cuando no se puedan consumir las innovaciones farmacéuticas efectivas a causa de los elevados costos.

3.10.2.1. Los efectos en materia de salud y políticas sanitarias

Los principales efectos están en que por esta razón se ha facilitado la privatización de los servicios de salud, la falta de acceso a medicamentos por parte de un gran porcentaje de la población, ya que no se cuenta con políticas efectivas para el acceso de medicinas, además de que en México los precios cada vez suben más y esto es una gran limitante visto con los niveles de pobreza que cada año aumentan.

En este sentido, la gente que menos tiene es la que va a sufrir todo este tipo de medidas que no son benéficas porque además no se ha buscado de ninguna manera proteger a la población ni a la industria nacional.

3.10.2.2. Los efectos en la población con menos recursos

Esta va a ser la mayor implicación que se tenga en nuestro país, porque la gente que antes no tenía acceso a las medicinas seguirá sin tenerlo y eso va a incentivar las muertes por enfermedades prevenibles, pero que están muy relacionadas con las condiciones de pobreza, ya que las pocas personas que cuentan con escasos recursos están consumiendo medicamentos similares, lo que va en detrimento de su salud y eso va a afectar el desarrollo y el crecimiento de la población, puesto que medidas como el seguro popular no van a lograr resolver la situación y esto tendrá consecuencias irreversibles, pero sin duda, la gente con menos recursos no podrá pagar en los próximos 10 años un medicamento que hará la diferencia entre la vida y la muerte.

3.10.2.3. Los efectos en la industria farmacéutica nacional

Las repercusiones en la industria nacional ya están empezando a ser evidentes, el mercado está controlado por las grandes transnacionales y con las medidas y disposiciones adoptadas en la ley de patentes que no consideran ninguna salvaguardia, las consecuencias serán peores en los próximos 10 ó 20 años, una posible consecuencia puede ser la desaparición de los pocos laboratorios que quedan y la dependencia total de las grandes transnacionales, además la producción nacional se irá limitando hasta desaparecer, lo que restringirá aún más el acceso a los fármacos porque al ser las transnacionales las únicas que produzcan, podrán imponer los precios que quieran y sólo los pagaran quienes puedan hacerlo, formalizando así la comercialización de la salud.

3.11. La posición de México con respecto al ADPIC en América Latina.

México no ha tenido una postura tan clara con respecto a la denuncia del ADPIC en América Latina como si lo han hecho países como los países de la

Comunidad Andina, Brasil y Chile. Para México el ADPIC ha significado un tratado fundamental para incentivar el comercio, pero que ha limitado muchos aspectos sociales, sin embargo no existe una postura que critique el ADPIC y que lleve a cabo acciones para contrarrestar sus efectos, por el contrario, parece que el gobierno considera las verdaderas implicaciones ni hace nada para modificar la ley en pro de los mexicanos y su derecho a la salud y la vida.

Por otra parte, México señaló en el foro que no se utilizaría las excepciones relativas a las cuestiones de salud como emergencia nacional en el caso del SIDA, ya que el secretario de Salud Julio Frenk declaró que en México las cuestiones de salud no constituyen una emergencia nacional porque las condiciones estaban controladas y el caso del SIDA, la cifra de la población enferma es mínima y que tienen al acceso a medicamentos y servicios gratuitos de salud.

En este sentido, hay que mencionar que por lo anterior la postura de México en torno a la crisis de medicamentos no ha sido tan enfática y nada más se ha remitido a discursos en foros como la ONU y en el apoyo de acciones conjuntas como la firma de la declaración de Doha; es posible que la postura de México no sea tan activa a nivel internacional porque verdaderamente los casos de VIH/SIDA no son muchos, ya que sólo “representan el 0.3% lo que ubica como uno de los países de América Latina con la cifra más baja entre la población adulta, puesto que existen 93,979 casos de SIDA y 160,000 personas infectadas con VIH”⁴²⁹ y por la falta de un mercado de genéricos que no aumenta ni significa la producción nacional de la industria farmacéutica como si ha pasado en países como India, Brasil y Sudáfrica, que representan una amenaza a las ganancias de las grandes farmacéuticas transnacionales.

⁴²⁹ Presidencia de la República. *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avance 2005. Op. Cit.* p.80

Es por esta razón, que puede entenderse la ausencia de México en el Fondo global de la ONU para el SIDA, así como acciones concretas para la promoción del acceso de medicamentos, lo que ha sido un aspecto que podría ayudar a México a mejorar su prestigio y el reconocimiento que tenía antaño en los foros internacionales, las condiciones de salud y el acceso a medicinas en el país y llevar a cabo acciones tangibles en pro de los derechos y las ventajas de los países en desarrollo y no de los países desarrollados a costa de terribles efectos sociales.

De igual manera, la ausencia de México en el Fondo global también muestra la falta de interés en el tema de la salud a nivel nacional e internacional de nuestro país, además de la concepción de que la crisis en el acceso a medicamentos es algo que nos va a afectar a todos, por lo que debería de buscar establecer acercamientos con países en desarrollo como Brasil, India y Sudáfrica para actuar en bloque y buscar mejores condiciones limitando en aspectos legales y reales las disposiciones del ADPIC.

3.11.1. El ADPIC y el acceso a medicamentos en el TLCAN

La firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN en adelante) fue muy controvertido por las circunstancias en que se negoció, además de que el gobierno de Carlos Salinas de Gortari lo presentó como el mayor logro para el crecimiento comercial de México y como un medio para el desarrollo del país.

México es miembro de varios tratados internacionales sobre Propiedad Industrial, pero el TLCAN fue el primer tratado comercial con disposiciones sobre propiedad intelectual y con una relación directa en el acceso a los medicamentos y en aspectos de biotecnología.

El TLCAN es muy importante porque constituye un acuerdo “de la nueva generación de derechos de la propiedad intelectual que prácticamente se convirtieron en un patrón a seguir para el derecho interno de los Estados”⁴³⁰ y como un “tratado modelo” bajo el cual Estados Unidos buscaría negociar y aplicar el ALCA y los acuerdos bilaterales de libre comercio que ha celebrado con algunos países latinoamericanos; además de servir de referencia para la inclusión de disposiciones de propiedad intelectual en la negociación del ADPIC, que es muy similar al TLCAN en esta materia porque “cuando éste último se negoció tenían lugar en el seno de la Ronda Uruguay las discusiones del ADPIC”⁴³¹.

La propiedad Intelectual en el TLCAN está regulada por el artículo 101 inciso d que menciona que “se deben de proteger y hacer valer de manera adecuada, los derechos de propiedad intelectual en el territorio de cada una de las partes”⁴³², sin embargo no se especifica como se debe de proteger.

Lo significativo del TLCAN es que se crearon “estándares para regular esta materia por medio de patentes, marcas, el secreto industrial, circuitos integrales y derechos de autor en variedades vegetales y en medicinas”⁴³³, rubros que nunca antes se habían incorporado en un tratado de libre comercio. Además, de que mediante dichos estándares se protegen los “productos de la biotecnología, que están íntimamente ligados a la producción de los de la manipulación genética”⁴³⁴ y a las innovaciones farmacéuticas.

⁴³⁰ Becerra, Manuel. “La protección de la biotecnología mediante la propiedad intelectual y sus tendencias” en *Relaciones Internacionales*, Núm.88, enero-abril de 2002. Centro de Relaciones Internacionales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, México. p.14

⁴³¹ *Idem*

⁴³² *Idem*

⁴³³ *Idem*

⁴³⁴ *Idem*

3.11.2. La postura de México en el tema de los medicamentos frente al ALCA

En el caso del ALCA, México no ha tenido una postura en contra de Estados Unidos o denunciando el ADPIC Plus, por el contrario, se ha manifestado como un socio comercial muy entusiasta y que apoya el proyecto, así como las condiciones establecidas, aunado a ello el TLCAN y la situación específica de los medicamentos y de las farmacéuticas extranjeras en el país han sido un freno muy importante para que México pudiera llevar a cabo propuestas y una postura más enfática en contra de dichas disposiciones que sólo formalizan la comercialización de la salud y que significan tratados ruinosos para los países de la región, elevando los estándares de propiedad intelectual para hacer más restrictivo el acceso de medicamentos en la zona.

Es lamentable, que México no tenga una postura en contra de esto y que por el contrario acepte las condiciones de Estados Unidos para negociar sin pensar en hacer coaliciones o actuar en bloque con otros países latinoamericanos incluso con el propio Brasil.

3.11.3. Coaliciones con los países en desarrollo buscando mejores alternativas

Con respecto a las coaliciones, no hay mucho que decir, México no cuenta con “aliados” estratégicos o con coaliciones que le ayuden a enfrentar esta severa crisis de medicamentos ni a modificar la situación regional e internacional que los ADPIC han establecido, por el contrario actuamos solos, muchas veces olvidando los pequeños márgenes de maniobra que se tienen y cediendo a las disposiciones que otros imponen.

4. Las alternativas para los países en desarrollo después de la entrada en vigor del ADPIC.

El ADPIC constituye una herramienta muy importante para el desarrollo y las innovaciones científicas, pero también para la protección de intereses monopólicos, en donde las grandes farmacéuticas se han visto beneficiadas incentivando una crisis en el acceso a medicinas. Como se ha explicado anteriormente, esto ha conllevado grandes repercusiones en los países en desarrollo como México, Brasil, India y Sudáfrica, por nombrar sólo algunos, razón por la cual pensando en un futuro mejor, en mantener la paz y seguridades internacionales y estableciendo que sin la salud no es posible la productividad ni la existencia misma, los países en desarrollo, menos desarrollados deben de tomar acciones claras para modificar esta situación y las implicaciones del ADPIC que atentan contra la salud de sus poblaciones y por ende de su desarrollo. Sobre las acciones conjuntas y las posibles alternativas para solucionar ésta problemática versa el presente capítulo.

4.1. Propuestas para enfrentar la crisis

Los países en desarrollo han buscado alternativas para que sus poblaciones no sufran las implicaciones y las restricciones para el uso de medicamentos y los servicios de salud, en ese sentido han llevado a cabo acciones para lograrlo, una de ellas fue la coalición que hicieron en la Reunión Ministerial de la Organización Mundial de Comercio en Doha, Qatar, lo que dio como resultado la Declaración de Doha que ha sido acuñada como un logro significativo en la defensa de los derechos de los países en determinar las políticas sanitarias y en que caso establecer los problemas de salud como cuestiones de seguridad o emergencia nacionales, así como establecer que ningún Acuerdo comercial o de Propiedad Intelectual debe de estar por encima de la salud de sus poblaciones ni condicionarla.

No obstante, como se mencionó en el primer capítulo, aunque la declaración ha sido un gran avance, no es un instrumento jurídico, por lo que las disposiciones del ADPIC no fueron eliminadas o cambiadas, sino que simplemente se incorporaron disposiciones específicas para la producción, consumo, importación y exportación de medicamentos genéricos, lo que no altera de ninguna manera las estipulaciones del acuerdo, ya que las medicinas no fueron exceptuadas de la protección de propiedad intelectual, ni se estableció la libre producción.

En este contexto, los países en Desarrollo que han empezado a ver las consecuencias sociales de dicho acuerdo, para lo cual los países han empezado a unirse para limitar dichos efectos. Las acciones han sido muy variadas, ya que muchos países se han agrupado según sus propias necesidades y las de su región, un claro ejemplo es América, en donde a raíz del ALCA y la imposición de Estados Unidos del ALCA Plus muchos países han analizado las consecuencias de aceptar dicho acuerdo en materia de Propiedad Intelectual, para lo que se han unido para negociar con Estados Unidos este punto, sin embargo la estrategia de éste país ha sido llevar a cabo acuerdos bilaterales para la imposición de reglas comerciales y del ADPIC Plus, especialmente en lo que se refiere a los medicamentos, para tales efectos muchos países han firmado dichos acuerdos, pero algunos se han negado a hacerlo sin antes negociar, por considerar que esto es un gran obstáculo para el acceso a fármacos de sus poblaciones. Sin embargo, más allá de las denuncias y la petición de estos países ha afirmar los acuerdos bilaterales no se han establecido propuestas específicas para enfrentar esta crisis.

Brasil empezaba a representar una propuesta al incentivar la cooperación sur-sur exportando a algunos países de África genéricos, lo que estaba funcionando especialmente en el caso del SIDA, ya que al producir desde junio de este año, la mayoría de los componentes para el cóctel antirretroviral a través del uso de licencia obligatoria, logró que las medicinas para el tratamiento del SIDA fueran asequibles y en ocasiones gratuitas para la población de esos países. Empero

tampoco significa una propuesta viable a largo plazo, ya que el ADPIC establece que un número limitado de licencias obligatorias y este procedimiento nada más tiene efecto para un fármaco, por lo que si se necesita producir 20 medicamentos genéricos de las versiones de patente, no se podrá llevar a cabo por un solo país por las restricciones que tiene el ADPIC.

India representaba una verdadera propuesta viable y eficaz para enfrentar esta crisis de medicamentos, no obstante ya no será posible en los próximos años, ya que no podrá producir versiones innovadoras genéricas, es decir, como India hizo uso del periodo de gracia establecido por la OMC de 10 años para la modificación de su ley de Propiedad intelectual, pudo por este período producir medicamentos “recientes”, pero ahora al entrar en vigor el ADPIC no podrá seguir haciendo lo mismo, aunque si se tendrán versiones genéricas hasta 31 de diciembre de 2004. Pero esto limita el acceso a innovaciones farmacéuticas y a descubrimientos químicos que puedan ser más efectivos que los que actualmente se utilizan, los cuales no tendrán versiones genéricas hasta dentro de 20 años, es decir hasta 2025, cuando haya medicamentos más eficaces que estos, que serán quizá ineficaces en esa época y para la cura de diversas enfermedades, lo que se convertirá en un círculo vicioso que lograra los anhelados objetivos de las transnacionales que son que todos sus fármacos sean protegidos para poder establecer los precios que deseen.

Lo que va a repercutir, como ya está sucediendo, que únicamente la gente que tiene la capacidad económica suficiente pueda pagar las medicinas y quienes no perecerán.

Así vemos que la propuesta que representaba India para enfrentar esta crisis poco a poco irá desapareciendo, ya que aunque existen genéricos de medicamentos actuales producidos por India, esta situación no será la misma, puesto que no se podrán producir genéricos elaborados en 2005, salvo la utilización de licencias obligatorias con las restricciones que tiene, así como las

importaciones paralelas, si las legislaciones de los países de la región las contemplan en sus legislaciones. En el caso de las emergencias de seguridad y emergencia nacional por cuestiones de salud, tendrán que utilizarse bajo las disposiciones del ADPIC que son muy específicas y pueden ser aplicadas en condiciones determinadas. Aún así, India seguirá proveyendo a varios países en desarrollo y menos desarrollados con los medicamentos genéricos, pero esto será por unos cuantos años más, porque se está limitando el derecho de todas las personas de acceder a las invenciones científico-farmacéuticas para el desarrollo y el avance de la sociedad internacional, además de que se está atentando contra la población mundial, porque el hecho de que se tengan que esperar 20 para la creación de genéricos es un terrible problema, porque la efectividad de las medicinas de la actualidad no será la misma dentro de 10 ó 20 años.

Por lo anterior, hace falta la cooperación de todas las naciones para buscar propuestas y alternativas en pro del acceso a medicinas.

4.2. El caso de India como un ejemplo y solución viable

India es un referente muy importante en lo que respecta a la producción de medicamentos y al ADPIC, especialmente porque ha sido uno de los países en desarrollo que ha tenido un papel activo en la defensa de el acceso a fármacos.

En India desde 1993 se consideró que “las plantas, el material y la riqueza biológica de los países en desarrollo forman parte de la propiedad intelectual de los pueblos de estos países”⁴³⁵, lo anterior sentó las bases para la defensa de sus recursos naturales y para desarrollar sus derechos frente al sistema de patentes particulares que atentaban la biodiversidad. Lo que ha facilitado que India

⁴³⁵ La historia de India. P.1. S/L, S/A, S/E.

defienda de manera enfática su derecho a defender la privatización de recursos naturales mundiales.

Desde la década de los años 70, en India por las condiciones de pobreza, que se han acentuada desde esa época hasta nuestros días, se incentivó la producción de medicamentos genéricos como una alternativa para darle acceso a la población a fármacos y disminuir los niveles de mortandad por las diversas enfermedades, ya que los de patente no eran asequibles para la mayoría de las personas. De esta manera, logró que muchas personas pudieran contar con versiones efectivas que pararon el aumento de tuberculosis y de infecciones.

Lo anterior, fue posible porque desde los años 80, la ley india “sólo reconocía las patentes de los procesos no de los productos y permitió que los laboratorios indios crearon medicinas baratas de fármacos patentados, lo que ha beneficiado no nada más a los enfermos del país sino también de muchos en los países en desarrollo”⁴³⁶. Por esta razón la industria farmacéutica se convirtió en una de las más importantes en el mundo, ya que la producción de genéricos fue tan exitosa que además de abastecer el mercado nacional logró exportar a varios países en desarrollo y menos desarrollados.

Durante años India representó una verdadera alternativa y una solución para mejorar el acceso a medicinas para la gente de escasos recursos además de significar un cambio sustancial en el consumo de genéricos, que gracias a este país ha aumentado a nivel mundial.

Sin embargo, esta situación ha cambiado, ya que India firmó el ADPIC para ser parte de la OMC, para lo cual adquirió el compromiso de cambiar su legislación de patentes, que incluye la protección de los derechos de propiedad intelectual de las medicinas. India hizo uso de los 10 años que la OMC dio para hacer las modificaciones.

⁴³⁶ *Idem* p.2

Esto implica que ahora los laboratorios indios no van a poder producir genéricos de fármacos recientes que están patentados y que antes de la modificación de dicha ley era posible. Con la entrada en vigor en India del ADPIC, disposiciones ya mencionadas, como la protección de las patentes de medicinas por un periodo mínimo de 20 años, que es prorrogable. Así

“los medicamentos producidos antes de 1995 no tienen ningún problema, porque las copias genéricas existentes podrán seguir siendo producidas y comercializadas, empero las fórmulas farmacéuticas, las sustancias químicas y las moléculas producidas a partir de el 1 de enero de este año deberán ser patentadas, con respecto a las medicinas producidas entre 1995 y 2005, pueden ser patentadas si lo solicitan los detentadores de dichas patentes en otros países o quienes comprueben ser creadores de los productos farmacéuticos, si no es así pueden seguir existiendo las versiones genéricas”⁴³⁷.

En este sentido, las repercusiones que está teniendo esto son las siguientes: que la población más pobre de los países en desarrollo y menos desarrollados no podrán contar con versiones genéricas de las innovaciones farmacéuticas, lo que será enormemente restrictivo, a pesar de la existencia de los genéricos, porque con la patente desde 2005 hasta 2025 los precios se elevarán sustancialmente y las farmacéuticas tendrán de nuevo el monopolio y el poder de determinar que precio deben de tener las medicinas sin tener que seguir algún parámetro de los Estados. Además de que eso va a afectar la industria de genéricos en India y en el mundo.

India es un País clave para analizar y comprender el porqué las farmacéuticas abarataron sus costos y empezaron a perder entre el 20 y el 30% del mercado a causa de los genéricos, así como para ver que logró bajar los costos de las medicinas para el SIDA, de los antiretrovirales y convertirlos en asequibles para miles de enfermos, lo que causó estragos para las transnacionales, pero

⁴³⁷ Médicos Sin Fronteras. *India medicamentos genéricos amenazados, pacientes en peligro*. Médicos sin Fronteras. 15 de marzo de 2005. p.1

finalmente como en éste país la reglamentación de patentes no contemplaba a los productos farmacéuticos se pudo durante más de 20 años incentivar a la industria farmacéutica nacional, convertir a los genéricos en una política nacional para dar a toda la población india medicamentos efectivos, de calidad y baratos.

Pero, la ventaja que tiene India en este contexto, es que “puede aplicar una legislación relativamente suave con la incorporación de salvaguardias y no incluir patentes para combinaciones de medicamentos, así como el uso de ciertas excepciones”⁴³⁸. Sin embargo, los procesos para la obtención de licencias obligatorias tardan mucho tiempo y son procesos muy complejos, pero la modificación de la legislación india puede ser hecha a favor de la gente y no como una limitante.

Una de las cuestiones que ha sido revisada por el parlamento indio es la utilización de la salvaguardia de licencia obligatoria “según la cual el gobierno garantiza las patentes pero que permite al mismo tiempo que las compañías de genéricos produzcan versiones de medicinas patentadas a cambio de un pago de una compensación a los dueños de la patente. No obstante, en la ley que aprobó el parlamento indio el martes 22 de marzo del presente año, el procedimiento para lograr esto continua siendo muy complejo y no hay cuotas fijadas para la compensación”⁴³⁹.

Por otra parte, una de las ventajas que tiene esta ley es que ampara a las medicinas que actualmente están en el mercado, facilitando el derecho de fabricación de genéricos automático, para lograr esto “las farmacéuticas genéricas indias van a pagar las compensaciones a las grandes transnacionales que disponga el gobierno indio, tomando en cuenta que las disposiciones internacionales establecen entre 3 ó 4%”⁴⁴⁰.

⁴³⁸ Ibidem P. 2

⁴³⁹ Médicos sin Fronteras. India. “El principio del fin del acceso a genéricos”. En *Noticias de Médicos sin Fronteras*. Médicos sin Fronteras. 22 de marzo de 2005. P.2

⁴⁴⁰ *Idem*

Uno de los grandes problemas que actualmente esta enfrentando India en este tema es que la gente no va a poder impugnar la patente de dichos medicamentos, como anteriormente lo permitía la ley que estaba vigente hasta 1970.

El gran problema de la modificación de la ley de patentes india es que va a terminar aplicando los postulados del ADPIC que rechazó en diversas ocasiones, ya que el período de gracia se ha terminado, por lo que debe de sujetarse a las disposiciones que firmó para ser miembro de la Organización Mundial de Comercio.

Aunado a ello, esto va a representar una complicación a nivel internacional en el acceso de medicinas porque se calcula que más del 50% de los medicamentos para los enfermos de SIDA son fabricados por los laboratorios indios, así como la gran mayoría de los genéricos, puesto que Ranbaxy, una de las farmacéuticas de genéricos más importantes de India y a nivel internacional, surte a muchos países en desarrollo y menos desarrollados, estos productos y con la aplicación de la nueva ley, esta situación va a cambiar, porque muchos de los fármacos que actualmente exporta esta empresa son recientes y no se encontraban patentados.

Así, lamentablemente la comercialización de la salud se impondrá en India a pesar de los esfuerzos de la población, el gobierno indio y ONGS como Médicos sin Fronteras y OXFAM. Porque la lógica descrita en el caso de México y Brasil se va a seguir imponiendo, logrando que los ricos sean quienes tengan acceso a las innovaciones científicas y la gente de menos recursos únicamente accederá (como ya está sucediendo) a medicamentos antiguos.

Pero a pesar de la actual crisis y las dificultades que actualmente persisten en India, el gobierno indio ha buscado la manera de que los genéricos “recientes” que están en el mercado sigan siendo accesibles para la población, razón por la que India puede determinar que patentes acepta o rechaza con respecto a estos

medicamentos, en teoría esta medida contraviene las disposiciones del ADPIC, pero en la práctica India puede hacer uso de esto alegando lo que establece la declaración de Doha, que enuncia que los Estados son los únicos que pueden determinar que medidas tomar en aras de las licencias obligatorias para asegurar a su población la salud y fármacos esenciales.

Cabe señalar, que India llevó a cabo fuertes luchas contra las grandes farmacéuticas transnacionales y lo significativo de este caso es que no se dejó presionar por dichas empresas para adelantar el plazo de la entrada en vigor del ADPIC, formó coalición con otros países que se encontraban en una situación similar para poder hacer frente a las imposiciones de Estados Unidos en la OMC, así, hizo coalición con Brasil, Sudáfrica y otros países africanos para lograr flexibilizar las condiciones del ADPIC, que dio como resultado la Declaración de Doha.

Aunque se han incorporado las salvaguardias pertinentes no se dejarán de tener grandes impactos en las estratos sociales más vulnerables de manera local, nacional, regional e internacional, porque India junto con los laboratorios de Israel son los mayores y los que producían más del 50% de genéricos consumidos a nivel internacional, y esto va a afectar a los países en desarrollo principalmente, que no van a poder tener alternativas para mantener la salud como un derecho.

Las grandes ventajas del caso de India siguen siendo muchas a pesar de las condiciones antes señaladas porque durante más de 30 años se logró fortificar la industria nacional, que no está coartada ni tan limitada como las farmacéuticas latinoamericanas específicamente la brasileña y la mexicana. De igual manera, durante todo este tiempo se llevó a cabo una política nacional de genéricos en todo el país y se promovió la efectividad de los mismos. Con esta medida se “logró reducir la mortandad de miles de personas por enfermedades prevenibles”⁴⁴¹, dar medinas a enfermos de VIH/SIDA y aumentar el número de

⁴⁴¹ *Ibidem* p.3

sus exportaciones propiciando el crecimiento del país y el acceso a medicinas a poblaciones de otros países en desarrollo como los latinoamericanos y africanos.

4.3. Posibles soluciones y prevención de enfermedades

La comercialización de la salud debe de ser restringida y sustituida por el derecho universal a la salud por parte de todas los pueblos del mundo, con base en ello deben los países de buscar soluciones y definir alternativas para que este tipo de acuerdos no afecten a la gente y no sigan preservando los ingresos monopólicos de elites como las farmacéuticas, que solo piensan en términos monetarios y no en las repercusiones sociales que el resto del mundo padecerá.

Una de las posibles soluciones que los países pueden hacer es invertir en la prevención de enfermedades, en invertir más en políticas sanitarias, en infraestructura médica y en destinar un porcentaje más alto en materia de salud, así como en el consumo de genéricos.

4.4. Invertir más en la gente y en prevención

Para incentivar y promover el desarrollo de los países lo más importante es la gente, para lograr eso los gobiernos deben de invertir más en las condiciones sociales, que al mejorar las condiciones de vida propiciarán que las personas tengan las necesidades básicas cubiertas y sobre todo la salud, si se logra esto las personas podrán tener un mayor rendimiento y poder trabajar e incrementar la productividad.

4.5. La seguridad humana como mecanismo para prevenir enfermedades y como un medio para la paz internacional

La seguridad humana es muy importante para lograr un desarrollo y la prevención de diversos conflictos y mediante ésta en materia de salud se puede evitar la aparición de diversas enfermedades que atenten contra la paz y seguridad nacionales que a largo plazo pueden repercutir en diferendos regionales e internacionales.

La salud es un mecanismo esencial para la paz internacional, porque en la medida que los países inviertan más en ésta materia se podrá incentivar la disminución de enfermedades y por ende mejores condiciones de vida de las personas y un mayor desarrollo económico y social.

De igual manera, el hecho de invertir más en la información y en la prevención de diversas enfermedades es un punto clave para que se detenga el crecimiento de los países, ya que hay que recordar, que el mayor valor y capacidad que tienen los Estados es el potencial humano para lograr realizar toda la productividad y el crecimiento. Razón por lo que mientras se tenga gente más sana se tendrá mayor rendimiento en todos los ámbitos y al proporcionarles servicios efectivos y acceso a medicinas se reducirá en demasía el riesgo de que exista un conflicto por no proveer a las poblaciones de las condiciones para mantener un derecho universal.

Además de que se debería de invertir para un fondo de vigilancia sanitaria nacional, regional y mundial para que las enfermedades y la crisis de medicamentos que existe actualmente y que ha provocado millones de muertes y la proliferación de conflictos entre los Estados y sus poblaciones.

Por otra parte, también debe de considerarse que la salud es un mecanismo para la seguridad, porque las enfermedades son un factor que desestabiliza las condiciones idóneas de vida y esto repercute a escala nacional, regional y

mundial, porque la proliferación de enfermedades significa que hay una terrible inseguridad humana en salud y que eso va a afectar a todos de alguna manera, razón por la que se debe de invertir más en salud y en crear condiciones comerciales que no limiten el acceso a fármacos ni servicios de salud.

4.6. El futuro de los medicamentos genéricos y de los países en desarrollo en aras del ADPIC de la OMC

Uno de los resultados de la Conferencia Ministerial de la OMC, celebrada en Doha, fue la declaración sobre Los Derechos de la Propiedad Intelectual Relacionada al Comercio (TRIPS) y la Salud Pública. La Declaración podría tener un gran impacto para el Gran Caribe en su lucha contra el SIDA y otras enfermedades epidémicas. Considérese la experiencia del SIDA vs Antrax en cuanto al impacto de TRIPS (según las siglas en inglés) en la respuesta en el terreno de la salud pública.

Uno de los efectos es obligar a los países en desarrollo a respetar las patentes en manos de empresas transnacionales, aunque se permiten ciertas exenciones en casos de emergencia.

Los medicamentos patentados retrasan el avance del SIDA, a un costo individual por paciente de \$10,000-\$15,000 dólares cada año. Los sustitutos genéricos más baratos pueden ser manufacturados a una centésima parte del costo.

4.7. Posibles soluciones en el caso de Brasil

En el caso de Brasil ya se han visto todas las dificultades y problemas que ha representado el ADPIC para la población brasileña y para el desarrollo y el crecimiento del país. Brasil ha significado una postura importante en la condena de dicho acuerdo y en la búsqueda de alternativas y posibles soluciones para lograr que se tenga acceso a los medicamentos y no nada más los enfermos de

SIDA sino que en general toda la población por ser un derecho universal. Así, la postura de Brasil y sus acciones encaminadas a buscar coaliciones o el apoyo de otros países ha sido benéfica, pero no tanto porque al final ha cedido a muchas presiones de las farmacéuticas extranjeras, aunque en la actualidad esta buscando mecanismos para contrarrestar los efectos perjudiciales del ADPIC, en la mayor medida.

Las posibles soluciones son que se debe de invertir en la gente, crear políticas sanitarias y de acceso a medicinas esenciales efectivas, dar mayor impulso y apoyo a la industria, así como ver a la salud como un mecanismo para promover el desarrollo y el crecimiento del país y verlo como un derecho y un mecanismo para mantener la paz y la seguridad nacionales, regionales e internacionales.

De igual manera, considero que se puede dar una mayor difusión a los genéricos, que en el mercado brasileño están creciendo notablemente y destinar un mayor porcentaje para la salud, pensando a largo plazo, en que invertir en salud es invertir en mejores condiciones para el país económicas y sociales que beneficiarán al país.

4.8. Posibles soluciones en el caso de México

El caso de México es muy representativo por dos cuestiones primero por la situación tan particular que tienen las transnacionales y dos por la falta de una postura clara a favor de los intereses de los países en desarrollo. En México, el ADPIC no sólo está en función de las grandes transnacionales sino también en función de las elites financieras y farmacéuticas nacionales, lo que crea un obstáculo para el progreso, ya que nada más se piensa en los beneficios de unos cuantos y no de todo un país.

Así mismo, se ha perdido el margen de maniobra que tenía para negociar un acuerdo en el TLCAN en materia de propiedad intelectual más flexible y la

postura ante el ADPIC y el ALCA es más cercana a los intereses de los países desarrollados que a los nuestros y a los de los países en desarrollo.

Las posibles soluciones en el caso de México serían: la modificación de la ley de patentes para incorporar las salvaguardias y excepciones para proteger a la población de los efectos que el ADPIC tendrá en nuestro país, empero eso tendría que hacerse antes de que terminara el presente año para lograr que tuviera validez, otro de los aspectos es que al igual que en Brasil se tiene que invertir más en la gente y en políticas sanitarias públicas efectivas. Específicamente en políticas de medicamentos.

Por otra parte, se debería de impulsar el consumo, producción y promoción de los medicamentos genéricos, así como eliminar los similares y el consumo de éstos. Se podría crear una red de clínicas gratuitas y servicios efectivos, así como el acceso de medicamentos efectivos.

4.9. El gran reto para los países en desarrollo

El gran reto para todos estos países y para el mundo en general es crear conjuntamente con los organismos especializados como la OMS iniciativas y mecanismos que ayuden a que la población tenga mejores servicios en materia de salud y a que se reduzcan los niveles de mortandad por enfermedades prevenibles y curables.

Otro de los grandes retos es crear un sistema o un régimen de propiedad intelectual equitativo y justo que logre conciliar los intereses sociales, el derecho y el acceso a las innovaciones tecnológicas, científicas y químico-farmacéuticas con la protección a las patentes y a los derechos de propiedad intelectual, en donde los derechos de la población mundial no sean cortados por los intereses de las elites como actualmente está sucediendo con el ADPIC en medicinas.

4.10. Prospectiva internacional.

La entrada en vigor del ADPIC en este año en los países en desarrollo ha puesto en marcha la comercialización de la salud, lo que está limitando en gran medida el acceso a los medicamentos por dos razones principales. La primera reside en que al estar protegidas las patentes de los fármacos en estos países y en los industrializados se elevarán considerablemente los costos de los mismos, situación que ya está sucediendo, lo que es una gran limitante para que los fármacos sean asequibles y la segunda es que los derechos de propiedad intelectual restringe enormemente la producción de genéricos y mantiene el monopolio y el poder de las farmacéuticas en el mundo, ya que cada año aumentan sus ganancias porque aumenta los precios.

Es cierto que existen actualmente versiones genéricas en el mercado y que éstas constituyen el 30% de las ventas de medicamentos a nivel internacional, sin embargo, el problema estriba en que las versiones más novedosas de genéricos serán aquellas que se produjeron hasta el 31 de diciembre de 2000 y lo anterior impedirá el derecho y el acceso a innovaciones farmacéuticas para la cura de diversas enfermedades, lo que va a afectar a mediano y largo plazo a la población mundial porque a partir del 1 de enero de 2005 los medicamentos ya existentes cuentan con una patente que debe ser respetada y los que están en proceso de fabricación o de experimentación ya cuentan con un registro de patente antes de determinar si sirven o no. Dicha circunstancia no nada más existe en los países industrializados sino a partir de este año en todos los subdesarrollados, lo que significa la mayor parte de los países, lo que tendrá y está teniendo grandes repercusiones en las políticas sanitarias nacionales y en la limitación de los servicios de salud y medicamentos en las poblaciones con menos recursos.

En el caso de los países menos desarrollados la situación será la misma, pero hasta el 2016, sin mencionar que el acceso a las medicinas hoy ya es más

limitado y restringido para estos países que para los en vías de desarrollo por las terribles condiciones de pobreza y pobreza extrema que existen en esos lugares, en donde se agravarán aún más las condiciones de salud cuando entre en vigor el ADPIC y la protección de los derechos de Propiedad Intelectual de los fármacos. Cuando eso ocurra y el ADPIC entre en vigor prácticamente en todo el mundo se será un hecho la desaparición de la salud como un derecho y se convertirá en una mercancía más que se comercializa, a través de la protección de derechos monopólicos de las farmacéuticas en todo el orbe, que fue una meta que buscaron desde los años 70.

De cumplirse los tiempos señalados bajo las disposiciones de la OMC y que los países en desarrollo y menos desarrollados no hagan nada y se conformen con la declaración de Doha y las “excepciones y salvaguardias” a las que tienen derecho en el ADPIC, y que para utilizarlos se tienen que librar muchos obstáculos, el panorama será muy desalentador para toda la población mundial y se pondrá en riesgo la existencia de nuevas generaciones y de alguna manera el futuro de la población actual, especialmente de niños y jóvenes, ya que de manera particular la gente y los países de escasos recursos no podrán acceder a medicamentos que puedan salvarles la vida por las razones antes mencionadas y porque la industria farmacéutica se centra en “las enfermedades de los países industrializados” como la obesidad, la calvicie, la impotencia sexual, la depresión, que es lo que les aporta sus grandes márgenes de ganancia y no en medicamentos para las enfermedades de los países pobres u olvidadas como ellos las llaman que pueden curarse no son atendidas por estas farmacéuticas, porque esas enfermedades no dejan tantos ingresos, porque la gente pobre no puede pagarlas, así que no vale la pena invertir en ellas, lo terrible es que son las que menos incentivos para la investigación y menos innovaciones tienen, ya que se siguen usando los fármacos de hace 30 años y en ocasiones el virus o la bacteria ya se han hecho inmunes. Desafortunadamente se prevé que esta situación continúe en los próximos años si los mismos países afectados no hacen

algo o invierten en la producción de genéricos o en la innovación de sus industrias farmacéuticas y sus centros de investigación.

Lamentablemente con el ADPIC la salud está dejando de ser un derecho universal inalienable y se está convirtiendo en un bien de consumo y una mercancía, además de que con la duración de las patentes por un período mínimo de 20 años se limitará el derecho de todos los seres humanos a las innovaciones y el avance científico, farmacéutico y médico que será igual que las medicinas, únicamente asequible para quienes tengan el dinero.

En los próximos 11 años pasará con la humanidad algo similar como lo que está pasando con la biodiversidad y la extinción de las especies, ya que en nuestro caso no morirán los más débiles como sucede con las especies de flora y fauna, sino las personas que no tengan los medios económicos para pagar los servicios médicos que puedan diagnosticarles las enfermedades y las medicinas y tratamientos que puedan salvarles la vida. Lo anterior no sólo será una condición de un país pobre, por el contrario se generalizará en todo el mundo, lo que será determinante para el desarrollo y la seguridad de los países.

Por otra parte, la alternativa que tenían los países de la utilización, producción y consumo se verá limitada (como ya lo está haciendo) por la protección de las patentes, razón por la que ya no se podrán tener versiones asequibles de fármacos recientes, que India producía por las disposiciones que entraron en vigor mediante el ADPIC en ese país este año.

Otro aspecto es que se limitará el desarrollo y productividad de los pueblos, ya que si no hay salud no hay nada y la fortaleza de los Estados recae en sus recursos humanos y si estos están enfermos por la comercialización de la salud y la relación tan estrecha con la pobreza, esa gente morirá y eso va a repercutir en la productividad, desarrollo y crecimiento de todos los países del mundo. Además de que al considerarse últimamente la salud como un mecanismo para la paz, la

seguridad y el desarrollo internacionales se prevé que si se adoptan las medidas del ADPIC tal cual están y se siguen restringiendo las licencias y el uso de las excepciones, se tendrá un gran factor de inestabilidad mundial que va a ser causa de conflictos y agresiones, por parte de las personas exigiendo acceso a medicinas y servicios médicos para no morir. Lo anterior sería terrible, porque además de afectarnos a todos, dividiría al mundo no en Estados como ahora, sino en la gente sana (sería muy poco y con dinero) y la gente enferma sin servicios médicos ni tratamientos y con versiones genéricas obsoletas que quizá ya no los curen por no poder obtener los medicamentos de patente.

Así, el futuro no es nada promisorio, en especial si se recuerda que la comercialización de la salud no nada más incluye los medicamentos sino también la farmacogenómica y las variaciones vegetales para la producción de nuevos medicamentos restringiendo el uso de plantas medicinales y la alternativa que han significado. Por lo anterior es urgente hacer algo para limitar o modificar dicho acuerdo para que no se cumpla esta prospectiva y se tenga un futuro.

5. Conclusiones

De acuerdo con las hipótesis planteadas en la introducción llegué a las siguientes conclusiones: el ADPIC fue establecido como una herramienta indispensable para el desarrollo de los Estados, señalando que el respeto a los Derechos de Propiedad Intelectual es una base para la innovación científica, tecnológica e industrial que incentiva el crecimiento de los países. Lo anterior estaba relacionado y era parte de la lógica del “Nuevo Orden Económico Internacional” y del modelo neoliberal.

La inclusión del ADPIC en la estructura de la OMC muestra la importancia de la propiedad intelectual como parte de los nuevos temas, que son de “vital” importancia para el comercio “justo y equitativo”; por eso para los miembros de la organización fue lógico que se incluyera este rubro, a pesar de que para muchos países en desarrollo esto no iba a convenir a sus intereses comerciales frente a los de países industrializados. Empero se incluyó y el ADPIC lejos de pensar en el establecimiento de un régimen de propiedad intelectual “equitativo” y que beneficiara a todos, protegiendo las invenciones en “pro del bienestar social” a nivel internacional, el extenso acuerdo significó la protección de una elite y de un oligopolio para actuar legalmente a favor de sus intereses en todo el orbe.

Asimismo, en el caso de los medicamentos ha tenido un papel crucial, esto lo ha hecho por la fuerza y el poder tan grande que tienen las grandes transnacionales farmacéuticas de los países industrializados en todo el mundo, puesto que el ADPIC surgió por la presión de dichas empresas a sus gobiernos y a representantes de la OMC, para consolidar las ganancias de sus productos, sin importar que dicha situación afecte a la salud de millones de personas, lo que ha incentivado la polarización de la riqueza, que es un efecto paralelo y consecuente del neoliberalismo.

Por lo anterior, el ADPIC en los medicamentos no ha tenido beneficios o ventajas para los países en desarrollo, puesto que sólo ha sido una gran limitante para el acceso a fármacos y a los servicios de salud permitiendo que la salud se convierta en mercancía, puesto que “los beneficios sociales de los bienes públicos” que podría tener un régimen como el ADPIC en Propiedad Intelectual se están convirtiendo en bienes privados de las farmacéuticas y de grupos políticos y económicos específicos.

Por otra parte, la extensión de dicho acuerdo ha alcanzado rubros que se consideran patrimonio de la humanidad vitales para la supervivencia, lo que determina que además de comercializar con la salud -vía las medicinas- y los servicios médicos se incorporará el conocimiento y uso milenario colectivo de las plantas medicinales y su efecto terapéutico, los avances y descubrimientos en bienes globales como el descubrimiento del mapa del genoma humano y la utilización de éste en aplicaciones científicas y médicas; lo que sin duda hará más restrictivo el acceso a fármacos de lo que ya lo es, así como métodos alternativos para la prevención y curación de las diversas enfermedades de toda la población mundial.

Entre otras conclusiones, el ADPIC no sólo no ha beneficiado a los países en desarrollo en el tiempo que lleva vigente sino que ha perpetuado en esos países los intereses de las farmacéuticas por medio de la conversión de la salud de un derecho universal a un bien de consumo que únicamente pueden obtener las personas que tienen los recursos económicos, aunque existan vacunas y tratamientos que pueden salvar la vida de millones de personas en las regiones más pobres del planeta.

La hipótesis del primer capítulo fue comprobada, ya que se pudo concluir que las soluciones que establece este acuerdo distan mucho de ser aplicables con eficacia para el mejoramiento del acceso a fármacos genéricos, por considerarse

como una práctica desleal al comercio y violación a los derechos de propiedad intelectual, y a los de patente, por el alto costo que tienen.

A lo largo de la investigación se logró comprobar por medio de estudios, análisis y un sustento documental que quienes están sufriendo y van a sufrir son las personas más pobres y que tienen menos posibilidades económicas de los países en desarrollo, en donde las consecuencias empiezan a ser terribles y han implicado grandes costos sociales, en especial en los países menos desarrollados, empero la mayor problemática y las mayores implicaciones tendrán lugar en los próximos 10 y 20 años en esos países.

Otro aspecto que es de gran importancia es que el ADPIC no constituye un medio de desarrollo ni de ventajas para los países postergados, por no ser una medida adoptada en aras de lograr esto, sino para responder a las necesidades de las elites farmacéuticas, que con el ADPIC únicamente monopolizaron sus ganancias y derechos en todo el mundo y no va a beneficiar a los pueblos en desarrollo y los menos desarrollados, que en su mayoría dependen de las farmacéuticas transnacionales, por medio de la industria, el capital y los productos de ésta que de alguna manera repercuten en la dependencia y las características específicas que la industria farmacéutica que estos países tienen.

Con respecto al capítulo 2 se concluyó que la situación de Brasil y su importancia en el mercado farmacéutico latinoamericano y mundial, hay que señalar que la presencia de las grandes transnacionales en ese país ha respondido precisamente al tamaño del mercado y al monto de las ventas que anualmente alcanza. Para las grandes farmacéuticas era primordial que el ADPIC entrara en vigor antes de lo señalado, por el crecimiento de genéricos que estaba teniendo el país y querían evitar que pasara una situación semejante a la de India.

Brasil ha tenido un papel importante en la coalición con los países en desarrollo y en la región, porque a través de la importancia de su mercado y sus márgenes de

acción a nivel internacional ha logrado negociar con las farmacéuticas en pro de los beneficios de la población o producir genéricos de medicamentos recientes como uno de los componentes del cóctel para el tratamiento del SIDA, amparado en su legislación de patentes para buscar alternativas que puedan garantizar a las poblaciones más vulnerables medicamentos, aspecto por el cual la participación de Brasil en este tema y en la OMC ha sido muy activa, empero hay que señalar que tiene grandes deficiencias y que necesita una reforma en el sector salud, por otra parte, el hecho de que Brasil hubiera tenido un papel significativo y hubiera enfrentado a las farmacéuticas era reconocido como un ejemplo que terminó cuando finalmente cedió ante las presiones de las farmacéuticas y negoció un descuento de estas empresas para los medicamentos, a cambio de disminuir la producción de genéricos. A pesar, de lo anterior, Brasil ha encontrado una manera de darle impulso a la industria nacional y de aumentar los esfuerzos para garantizar a su población fármacos asequibles, mediante incentivos para la producción nacional de versiones genéricas de productos fabricados hasta 1997, lo que representa una limitante en el derecho a las innovaciones, científicas, médicas y tecnológicas a la que todos tenemos derecho y quebranta el derecho universal a la salud y el derecho humano que determinan la OMS y la OPS al acceso de medicamentos.

En este marco han tenido acciones como la presión de este país a las farmacéuticas transnacionales de reducir los costos de las medicinas para enfermos de SIDA, especialmente, o la producción de genéricos de esos mismos fármacos por parte de los laboratorios nacionales.

También concluí que aunque en un principio parecía evidente que Brasil estaba supeditado a los intereses y designios de las empresas farmacéuticas transnacionales ha sabido utilizar muy bien las salvaguardias y los elementos a su favor, ya que en la actualidad el mercado de medicamentos genéricos ha crecido notablemente y se espera que siga creciendo, esto se ve reflejado por la política nacional y de Estado que éste país llevó a cabo para promocionar dichos

medicamentos, además de que con las políticas de salud pública que se llevan a cabo como la Farmacia Popular y el Sistema único de Salud, se han logrado mejorías significativas en los aspectos sociales y también se ha logrado impulsar y fortificar un sector que tenía serias dificultades. No obstante, en Brasil hay mucho que hacer, porque una parte importante de la población sigue sin tener acceso a medicinas y los programas sanitarios que se han llevado a cabo tienen deficiencias y necesitan de mayores recursos para llegar a toda la población.

Aunque hay que decir que un aspecto favorable en Brasil es que los laboratorios estatales y las farmacéuticas nacionales son las que producen los genéricos y junto con las importaciones de éstos de países como India, principalmente, Canadá y Alemania logran la distribución gratuita para las diversas enfermedades y para la gente que más lo necesita.

En este sentido debe mencionarse que se logró comprobar la hipótesis del segundo capítulo referente a que la producción de genéricos incrementaría, pero que debido a las acciones de Brasil a nivel internacional y la importancia de su mercado se propiciaría que las grandes transnacionales bajaran los precios de las medicinas pero sin extinguir la producción de genéricos, ya que como se ve a lo largo del capítulo, las farmacéuticas brasileñas han encontrado una manera de incentivar su producción por medio de los genéricos y así expandir su mercado participando en las políticas estatales de exportación de genéricos a otros países en desarrollo y menos desarrollados. Lo interesante del caso de Brasil es que a pesar de la fuerte presión que existe por parte de las grandes farmacéuticas, se ha logrado negociar y cuando las negociaciones no funcionan el gobierno hace uso de las excepciones como licencias obligatorias y emergencias nacionales en caso de salud argumentando la seguridad de la población y el poder de decisión que cada Estado tiene para aplicarlas en el momento que mejor crea, lo que le ha dado muchas ventajas a Brasil y lo que le ha permitido que las implicaciones del ADPIC no sean mayores y que eso no restrinja el acceso a medicinas.

Por otra parte, hay que mencionar que el caso de Brasil es un referente importante, pero que aún falta mucho por hacer para que pueda ser un “modelo exitoso” como el India, empero ha tenido grandes avances y a pesar de las negociaciones y de haber cedido ante los descuentos de las farmacéuticas, ha logrado tener aciertos y una postura nacional, regional e internacional en pro de la población y del derecho fundamental y universal que tienen los pueblos de determinar las políticas y acciones para que su población pueda conservar la salud y eso se traduzca en un desarrollo económico y social de las naciones.

Asimismo, puede mencionarse que aunque la postura de Brasil fue muy lógica en Doha y aún más en las negociaciones para redactar la declaración de Doha, Brasil ha tenido aspectos de liderazgo con respecto a los países en desarrollo en este rubro, porque ha logrado importar medicamentos de India y erigirse como un importante exportador de medicamentos genéricos en varios países africanos, en donde tiene fuertes vínculos por la afinidad de la lengua y la cultura, con esto Brasil ha logrado 2 objetivos muy importantes: ayudar a los países en desarrollo o más postergados, fomentando la cooperación sur-sur e incentivar su comercio exterior por medio de una industria propia que le reditúa fuertes ganancias y que está creciendo.

Sin embargo, hay que señalar que Brasil también ha tenido serias implicaciones por el ADPIC como el crecimiento de las trasnacionales en su territorio y el control del 60% del mercado farmacéutico de medicamentos de patente, lo que ha derivado en compartir el mercado con las trasnacionales, las cuales no han dejado de presionar a Brasil como bien puede notarse cuando estas empresas le ofrecieron hacerle un 30% de descuento en los medicamentos si paraba la producción de medicamentos genéricos, lo cual no ha sucedido, pero si ha tambaleado un poco el mercado farmacéutico de genéricos por las fuertes presiones que se enfrentan.

Así, es claro que aunque Brasil ha preferido garantizarle a su población el acceso a los medicamentos, porque está establecido como un derecho en la constitución brasileña y la sociedad civil ha ejercido fuertes presiones para mantenerlo por las diversas condiciones de pobreza que se han incentivado, el ADPIC ha sido un aspecto que ha tenido serias implicaciones tanto en la ley de propiedad intelectual, la población y el mercado farmacéutico y será importante ver como actúa Brasil para enfrentar las situación actual y las diversas presiones de las empresas farmacéuticas, que no permitirán ver minadas sus ganancias ni sus intereses en uno de los dos mercados farmacéuticos más importantes de América Latina, donde han tenido un férreo control.

Con respecto a la hipótesis del tercer capítulo que versa sobre México, pude concluir que la situación es más compleja que en el caso anterior, por la fuerte presencia de las transnacionales, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, la presión de Estados Unidos y la falta de difusión y promoción de los genéricos en el país, ya que la existencia de los denominados medicamentos similares ha mellado la promoción de los genéricos y que estos sean vistos como una alternativa para el acceso a medicinas, empero eso no ha sucedido porque la presión de las grandes farmacéuticas y porque México es el mayor mercado farmacéutico de América Latina, lo que significa grandes intereses para esas empresas y que se sigan vendiendo sus productos asegurando así el mercado. En México se han llevado acabo algunas políticas sanitarias y de medicamentos para facilitar el acceso a la población sin embargo no han sido muy exitosas. Aunado a ello, el establecimiento de acciones como el Seguro Popular y las reformas al sector salud no han servido de mucho, ya que en lugar de ayudar y mejorar el acceso a la población se está buscando el beneficio de los hospitales y servicios médicos privados a costa de las personas que menos tienen y esto lejos de solucionar el problema lo agrava.

Considero que la postura de México frente a este problema no ha sido lo suficientemente activa o comprometida tomando en cuenta el potencial y los

márgenes de maniobra que tiene nuestro país, porque aunque se han llevado a cabo acciones contundentes y exitosas que han respondido a la cooperación y solidaridad con los países en desarrollo, al ver un problema que nos afecta más a nosotros que a los países industrializados, como fue la elaboración conjunta del ministro de Singapur y del representante de México ante la OMC Pérez Mota de una propuesta de solución para que los países menos desarrollados y los países en desarrollo en emergencia nacional pudieran utilizar, importar, exportar y comprar medicamentos genéricos, así como una actitud conciliadora en la presidencia de la junta referente a la negociación del ADPIC en materia de medicinas en la Reunión Ministerial de la OMC en Doha, Qatar en el 2001, además de su participación en el G-21 en apoyo a los países en desarrollo, pero con respecto a este último baste decir que ha sido una actitud más comprometida en teoría que en la práctica, porque cuando se llevó a cabo la Reunión Ministerial en 2003 en Cancún, las acciones de México contrastaban con el discurso.

México al tener un lugar tan importante en el mercado farmacéutico, al contar con un prestigio internacional podría hacer más cosas y acuñar la propuesta de genéricos, el acceso a medicinas y servicios de salud para lograr incentivar la industria nacional, mejorar las condiciones para la obtención de fármacos en el país y en la región y ayudar a enfrentar esta crisis, quizá haciendo un poco lo que hace Brasil, que con eso ha logrado el apoyo de más países en desarrollo y menos desarrollados para actuar en bloque, pero lamentablemente las acciones y políticas del actual gobierno distan mucho de ocupar esos espacios para lograr mejores condiciones y alternativas para que las implicaciones del ADPIC no sean tan severas ni afecten tanto a la población.

En este sentido concluí que la hipótesis en el caso de México, se ha comprobado en parte, porque será hasta los próximos 5 ó 10 años que se logre comprobar si la producción de genéricos se extinguirá completamente, ya que en la actualidad estos medicamentos representan el 1% del mercado y no se ha llevado a cabo una política pro genéricos como parte de un plan de acción para mejorar el acceso

a medicinas ni las condiciones de salud, que en el caso de nuestro país podrían ser mejores, ya que la atención es muy mala, y existe un porcentaje equivalente casi a la mitad que carece de servicios médicos y no se diga de medicinas, a pesar de los esfuerzos que se han hecho en el sector salud y en que instituciones como el ISSSTE, IMSS y Centros de salud den medicamentos gratuitos, sin embargo dichos lotes de medicinas nada más alcanzan para el 70% de los derecho habientes, porque los fármacos que se otorgan son genéricos que compra la Secretaria de Salud a las empresas que los fabrican en nuestro país que en su mayoría son transnacionales de países industrializados como Gran Bretaña (Kendrick laboratorios) y Canadá (Apotex). Por esta razón me parece que nuestro gobierno debería de impulsar más la industria farmacéutica nacional para que se produjeran genéricos y eso significara una alternativa para la población y se redujeran los costos por compra de medicamentos por parte de la Secretaria de Salud.

De igual manera, me parece que las implicaciones que el ADPIC está teniendo en nuestro país son muy serias y que serán peores en los próximos años por varias cuestiones, la primera porque en la legislación de patentes sólo se incorpora la excepción de las licencias obligatorias y no las importaciones paralelas, se determina el uso de excepciones en caso de extrema urgencia en materia de salud y de emergencia nacional, lo que significa que debe haber una epidemia o una situación muy crítica en el país para que se pueda hacer uso de las excepciones y la suspensión de la protección de patentes en medicinas, lo que deja a la población completamente desamparada. Otra de ellas es que no han incentivos para mejorar verdaderamente las condiciones de salud en el país y que el hecho de que casi la mitad de la población no tenga servicios médicos pues es un foco rojo que dentro de algún tiempo atentará contra el desarrollo, la productividad y la seguridad nacionales.

Por último aspectos como la vinculación de líderes farmacéuticos con empresarios, políticos y elites financieras muestra a quien responden los

beneficios de esta industria en México y como ellos no van a hacer nada, porque no les importa, no propondrán alternativas, así mismo me parece que se debería de negociar con dichas empresas la reducción de costos o el uso de licencias obligatorias para hacer algo parecido a lo que hacen en Brasil que es fabricar genéricos de los fármacos esenciales que la población más necesita y darlos de manera gratuita a las personas de menores recursos. Con respecto al TLCAN, el ALCA y las implicaciones del ADPIC todo puede resumirse en que los mayores efectos y consecuencias las está padeciendo como siempre la gente que menos recursos tiene, además de que aunque se prohíbe en la ley de patentes el hecho de patentar genes, o componentes del cuerpo humano y de variedades de vegetales y animales en estado original, esto abre la puerta para que se modifiquen ciertos genes y se patentes como está sucediendo a través del Instituto Mexicano de Genómica y de la biopiratería en la Selva Lacandona. Creo que deberíamos de diseñar políticas y acciones que busquen disminuir las implicaciones sociales, industriales y económicas que el ADPIC está teniendo en México y que se deberían de buscar alternativas viables como la producción de genéricos de fármacos producidos hasta el 2000, invertir más en la gente pensando que eso es el futuro del desarrollo, la estabilidad y la paz en el país, ampliar la cobertura de servicios médicos con políticas efectivas no con engaños como el Seguro Popular y tener una postura más activa a nivel nacional e internacional en torno a la crisis de medicamentos.

El caso de India ha sido un verdadero éxito en el acceso a medicamentos asequibles para su población, por lo que ha logrado parar el contagio de diversas enfermedades y disminuir el número de muertes por enfermedades que pueden ser curadas con medicamentos, ya que la existencia de la industria de farmacéutica de genéricos en ese país desde los años 70 ha repercutido en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población India y los ha ayudado a tener una participación activa en la escena internacional, promover la cooperación sur-sur, beneficiándose al exportar genéricos a bajos costos y beneficiando a otros para que tengan una alternativa para tratar las diversas enfermedades con

medicinas asequibles y efectivas. Por esta razón India se ha convertido en el mejor ejemplo de llevar a cabo una política estatal de promoción, producción y consumo de genéricos a nivel internacional, ya que las mayores empresas de genéricos en el orbe son indias.

India es un referente claro de propuestas que permite ver el panorama a futuro de lo que se debe hacer y no hacer en el caso de los genéricos, porque no es algo reciente sino toda una estrategia que empezó hace ya 35 años y que ha contribuido para que muchos países tengan versiones asequibles, lo que ha fortificado su industria y sus márgenes de acción frente a las presiones de las grandes transnacionales, porque a pesar de todo lo que hicieron en ese país no pudieron lograr disminuir el período de gracia de la entrada en vigor del ADPIC, el cual tuvo vigencia en India hasta este año, otra muestra de lo que se debe hacer y las ventajas que se podrían aprovechar del ejemplo indio es que las modificaciones a la ley de patentes están hechas en pro de la población para proteger el acceso a medicinas de la gente, aunque también existen ciertas disposiciones ya establecidas de manera muy rígida en el acuerdo que no se han podido eliminar y que si obstaculizan la producción de genéricos como se había llevado a cabo en ese país desde que surgieron los genéricos.

Sin embargo, aunque finalmente India entró en el juego de la comercialización de la salud y de la protección de las patentes en este ámbito y eso va a restringir, limitar y reducir la producción de versiones genéricas de medicamentos innovadores o recientes y eso tendrá serias repercusiones e implicaciones en la población nacional y mundial, aún cuenta con la capacidad para producir genéricos y es de los pocos países que puede producir versiones “nuevas” es decir puede hacer genéricos de medicinas fabricadas hasta el 31 de diciembre de 2004, lo que representa una ventaja para todos y en especial para los indios, aunque no se pueda contar en los próximos 20 años con versiones actuales, para lo cual las licencias obligatorias y las excepciones que India está utilizando hacen

referencia, al igual que en el caso de Brasil para que el Estado determine cuando y bajo que circunstancias utilizarlas.

En este capítulo concluí que a pesar de las limitaciones que el ADPIC plantea, India ha respetado las disposiciones, lo que restringe el uso de genéricos actuales y significa un reto para la industria nacional de ese país, pero ha logrado consolidar toda una política y una industria que junto con Israel que es el segundo productor de genéricos de los países en desarrollo, representan una alternativa para esta crisis de acceso a medicamentos, que es un derecho inalienable y una necesidad, por las condiciones actuales de la realidad internacional.

Después de todo lo analizado y expuesto llegué a las siguientes consideraciones y recomendaciones: que en el caso de México sería factible que el gobierno siguiera el ejemplo de India pensando en invertir en la gente para que ésta no muera y no atente contra el crecimiento del país, se debería de impulsar la industria nacional por medio de la producción de genéricos para abastecer a la población, se deberían de buscar los márgenes de negociación a los que India ha apelado como ha sido el hecho de condicionar a las farmacéuticas transnacionales que quieren entrar a su país protegiendo la industria nacional, México debería establecer una coalición con India como lo ha hecho Brasil, quien a su vez también debería de retomar el ejemplo de este país en las negociaciones y su postura con las empresas extranjeras, considero que tanto México como Brasil deberían de ver las ventajas del caso indio y llevar a cabo una política estatal de medicamentos dándole prioridad a los genéricos y al consumo de estos, repartirlos de forma gratuita, apoyando a las farmacéuticas nacionales para su producción e invirtiendo en centros de investigación para aplicar los avances a su industria para depender lo menos posible de las transnacionales, puesto que ha tenido buenos resultados, se han controlado diversas enfermedades y de esa manera se ha invertido más en la gente en pro del desarrollo y del mejoramiento de las condiciones de salud.

Algunas de las recomendaciones que se podrían presentar son las siguientes: que ambos países no deberían de modificar su ley de patentes sin incorporar ciertas cláusulas para la protección de la población y de la industria. La entrada en vigor del ADPIC en India ha significado cerrar en parte una alternativa y una solución viable que durante muchos años salvo la vida de miles de personas y que ahora debe de continuar y fortificarse a pesar de que ya no se podrá contar con versiones genéricas novedosas. Sin embargo, sigo creyendo que es mediante acciones nacionales e internacionales como las que lleva a cabo India que se puede cambiar la realidad internacional y la situación actual en la que se enfrenta ésta crisis de medicamentos.

De acuerdo al último capítulo llegué a la conclusión de que los países en desarrollo no deben ceder a tratados como el ADPIC. Cabe señalar que por las condiciones que existen en la actualidad, la otra parte de la hipótesis se cumplirá en años subsecuentes de mantenerse así la situación y la inactividad de los países en desarrollo y menos desarrollados para proteger sus intereses y a su población, lo que va a beneficiar a las grandes corporaciones, porque aunque han existido algunas acciones claras como la creación del G-21, la declaración de Doha y las coaliciones India, Brasil Sudáfrica para parar las presiones de las farmacéuticas, pero aún no es suficiente porque no se ha logrado flexibilizar el ADPIC ni parar sus implicaciones en los países en desarrollo las cuales tendrán un mayor alcance a partir de este año, creo que a la sociedad internacional nos ha faltado hacer uso de nuestros derechos y exigir que se respete y mantenga el derecho a la salud, al acceso a medicamentos y a la vida sin condicionantes como estos acuerdos ruinosos que solo fincan la riqueza de unos pocos sobre la pobreza, la miseria, la enfermedad y la muerte de millones. Sólo mediante acciones claras y la unión de los países en desarrollo en pro de la salud de sus pueblos y el freno al poder y la fuerza de las farmacéuticas se logrará mejorar las condiciones de salud y de acceso a fármacos a nivel internacional, así como lograr la paz y seguridad mundiales.

Finalmente, al realizar esta investigación pude comprobar las hipótesis de la investigación, ya que la producción de medicamentos genéricos, aun que se vislumbra como una gran alternativa está siendo bloqueada por las grandes farmacéuticas, las cuales tienen un gran poder y son artífices de las decisiones a nivel internacional en su sector por medio de organismos como la OMC; por otra parte, el ADPIC es un gran obstáculo para el cumplimiento de las metas del milenio en materia de salud lo que representará un gran atraso y reitero que afectará la seguridad y la paz internacionales porque la salud al ser un mecanismo para lograr esto está muy relacionado con el bienestar integral y si hay ausencia de esta, no se podrán alcanzar los demás objetivos.

Asimismo, creo que una de las alternativas o propuestas es impulsar además de los genéricos la medicina alternativa y ver la necesidad de protegerla de distintas amenazas a través de varias maneras.

Las mayores implicaciones del ADPIC son y serán específicamente las relacionadas con la gente por la vulnerabilidad que presentan y por características antes mencionadas, a demás de que está afectando a la seguridad humana y la instrumentación del ADPIC está coartando los derechos humanos como el derecho universal a la salud y a las innovaciones tecnológicas y científicas.

Por último, deseo hacer énfasis en que si siguen así las cosas y no tomamos medidas en México, en Brasil, en India y en el mundo en general para contrarrestar los efectos y las implicaciones del ADPIC se va a afectar el desarrollo económico y social en términos de productividad y de gobernabilidad y eso además de los conflictos por la obtención de medicinas y servicios de salud van a ser los grandes problemas y amenazas a la supervivencia humana y a la evolución del planeta.

Es importante concluir que la salud debe de volver a colocarse como un derecho universal y un elemento indispensable para la existencia, sin que medie ningún

interés comercial, por lo que las acciones de los países en desarrollo y menos desarrollados deben de ser claras para proponer alternativas porque los países industrializados no van a hacerlo, así que nos compete a nosotros responsabilizarnos para mejorar las condiciones de salud y en materia de medicamentos en nuestros países y del orbe, buscando así construir la paz y la seguridad internacionales en aras de tener un futuro y un mundo mejor.

Anexos

Fusiones y adquisiciones de las compañías farmacéuticas a nivel mundial.

Año	Empresas	Monto
1915	La empresa alemana <i>Boehringer Mannheim</i> se fusiona con la empresa estadounidense <i>Koll</i> y se registró como la empresa <i>MBK</i> .	
1947	La empresa británica <i>Glaxo</i> creada en 1830, se fusiona en 1947 con la empresa <i>John Smith</i> .	
1976	La empresa <i>Ciba</i> se fusiona con la empresa <i>Geigy</i> y erige como <i>Ciba-Geigy</i> .	
1988	La empresa estadounidense <i>Eastman Kodak</i> adquirió la empresa estadounidense <i>Sterling</i>	Por 5,100 millones de dólares
1989	La empresa británica <i>Smith Kline Beckman</i> y la empresa británica <i>Beecham</i> se fusionaron.	
1989	La empresa estadounidense <i>Bristol-Myers</i> se fusionó con la empresa estadounidense <i>Squibb</i> para conformar el entonces 2do productor mundial de medicamentos.	
1989	La empresa estadounidense <i>American Home Products (AHP)</i> adquirió la empresa <i>AH Robins</i> y se mantuvo como <i>AHP</i> .	Por 32,200 millones de dólares
1990	La empresa francesa <i>Rhone Poulec</i> adquirió la farmacéutica estadounidense <i>Rorer</i> convirtiéndose en la farmacéutica <i>Rhône Poulec Rorer</i> .	Por 3,500 millones de dólares
1990	La empresa estadounidense <i>Roche</i> adquirió el 60% de la empresa estadounidense de biotecnología <i>Genentech</i> .	Por 2,100 millones de dólares
1993	La empresa estadounidense <i>Merck</i> adquirió la distribuidora de medicamentos <i>MEDCO</i> .	Por 5,900 millones de dólares
1993	La empresa estadounidense <i>Synergen</i> y la Empresa de Biotecnología <i>Amgen</i> se fusionaron	
1994	La empresa <i>Ciba-Geigy</i> compró el 50% de la empresa estadounidense de biotecnología <i>Chiron</i>	Por 2,100 millones de dólares.
1994	La empresa <i>AHP</i> la empresa estadounidense <i>American Cyanamid</i> .	Por 9,800 millones de dólares

		de dólares
1994	La empresa estadounidense <i>Roche</i> adquirió la empresa estadounidense <i>Syntex</i>	Por 5,100 millones de dólares
1994	La empresa británica <i>SmithKline Beecham</i> adquirió la empresa estadounidense <i>Sterling Health</i> y posteriormente <i>Smith Kline Beechman</i> revende una parte de ésta a <i>Bayer</i> .	Por 1,000 millones de dólares.
1994	<i>Eli Lilly</i> empresa estadounidense adquirió la empresa estadounidense distribuidora de medicinas PCSC	Por 9,000 millones de dólares.
1995	La empresa británica <i>Glaxo</i> adquirió la empresa inglesa <i>Wellcome</i>	Por 14,000 millones de dólares.
1995	La empresa alemana <i>Hoechst</i> compró la empresa estadounidense <i>Marion Merrell Dow</i>	Por 7,100 millones de dólares
1995	La empresa sueca <i>Pharmacia</i> y la empresa estadounidense <i>Upjohn</i> se fusionaron	
1995	La empresa francesa <i>Rhone Poulenc Rorer</i> compró la empresa inglesa <i>Fisch</i>	Por 1,700 millones de dólares.
1995	La farmacéutica alemana BASF adquirió la empresa farmacéutica inglesa <i>Boots</i>	Por 1,300 millones de dólares.
1996	La empresa Ciba-Geigy se fusionó con la empresa <i>Sandoz</i> y formaron la empresa Suiza <i>Novartis</i> .	
1997	La empresa <i>Roche</i> adquirió la empresa alemana <i>Boering Mannheim</i>	Por 11,000 millones de dólares
1999	Se fusiona la empresa alemana <i>Hoechst AG</i> y la francesa <i>Rhône Poulenc Rorer</i> para formar el grupo <i>Aventis</i> .	
1999	El grupo <i>Monsato</i> de biotecnología, fármacos, medicina veterinaria y productor agrícola de semillas se fusiona con la farmacéutica <i>Upjohn Pharmacia</i> formando <i>Pharmacia Corporation</i> , como el mayor consorcio farmacéutico mundial.	
2000	La empresa estadounidense <i>AHP</i> se convierte en <i>Wyeth</i>	
2002	La empresa británica <i>Glaxo Wellcome</i> se fusiona con la empresa británica <i>Smith Kline Beechman</i> formando <i>Glaxo Smith-Kline</i> convirtiéndose con esa fusión en la empresa más grande y más fuerte de todo el mundo.	
2003	La empresa <i>Pharmacia Upjohn</i> se fusiona con la farmacéutica <i>Pfizer</i> creando la	

	compañía de fármacos más grande del mundo y desplazando de ese lugar a <i>Glaxo Smith-Kline</i> , además de que con esa fusión logran tener el control del 12% del mercado farmacéutico mundial	
2004	La compañía francesa <i>Aventis</i> se fusiona con las empresas francesas <i>Sanofi</i> y <i>Synthelabo</i>	

Fuente: elaboración de la autora con datos de Marcia Angell Op. Cit p. 50, del comunicado N.82 del grupo etc, noviembre/diciembre 2003. Pp.3-5 consultado en www.etcgroup.com, en diciembre de 2004 , del Libro Negro de las Marcas de Werner Klaus. Et al P.198 y de la tesis de Gutierrez Ríos, Diana. Op.cit p. 15

6. Fuentes consultadas

Libros

Alianza de Organizaciones No Gubernamentales para la defensa del derecho a la salud, Fundación Misión Salud, Acción Internacional para la Salud (AIS) y Fundación IFARMA. *La propiedad Intelectual en el ALCA: Impacto sobre la salud en Latinoamérica*. Colombia, 2003. 21 Pp.

Amat, Patricia, Freíd Mark et al; *Comercio con justicia para las Américas. Agricultura, inversiones y Propiedad intelectual, tres razones para decir no al ALCA*. OXFAM Internacional. Washington D.C, 2003. 39 Pp.

Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF). *Investigaciones para la vida*. AMIIF, México, 2005. 78Pp.

Becerra, Manuel; *La propiedad intelectual en transformación*. Instituto de Investigaciones Jurídicas-Serie de Estudios Jurídicos, núm.72.Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004. 209 Pp.

Bolis M.; *Legislación y Control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe*. Ediciones OPS – OMS. México, Octubre 2001.

Cilento Dias, Claudia; *Medicamentos genéricos no Brasil de 1999 a 2002: análise da legislação, aspectos conjunturais e políticos*. Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil, 2003. Tesis de maestría en Salud Pública, 102 Pp.

C.A; *Informe sobre las negociaciones en ALCA en materia de Propiedad Intelectual y la Comunidad Andina*, Lima, 27 de agosto de 2003, Documentos informativos de la Secretaria General de la Comunidad Andina. 48 Pp.

De los Santos Pinheiro, Eloan y Gonçaves Macedo, María F; *Producción de insumos en la región: una necesidad importante*. Foro Latin Pharma. Consultado en www.latinpharma.com.br, el 4 de octubre de 2004. 12 Pp.

Departamento de Estudios Económicos de Uruguay. *La industria farmacéutica en Uruguay*. Consultado en www.dee.gob.ur, 15 de marzo de 2005. 12 Pp.

Glanc, Mario; *Los Medicamentos Genéricos: Una herramienta posible para mejorar el acceso de la población al tratamiento efectivo de las enfermedades*. Ponencia presentada en el Primer Congreso argentino-brasileño de Medicamentos Genéricos, Brasil, 2001, 32 Pp.

Gutiérrez Ríos, Diana Celeste. *La industria farmacéutica mundial*, Escuela de Administración-Universidad de las Américas (UDLA)-Puebla. Cholula, Puebla, diciembre de 2003. Tesis de Administración de empresas, 52 Pp.

Hernández-Vela Salgado, Edmundo; *Diccionario de política internacional*. Editorial Porrúa. México, 2002. 2 tomos, 1296 Pp.

KPMG. *La industria farmacéutica en México*. Grupo KPMG, México, 2003. 51 Pp.

MDD; *Informe de la Producción de medicamentos en Brasil*. Ministerio de desarrollo de Brasil, Brasilia, el 19 de enero de 2005. 25 Pp. Consultado en www.mdd.gov.br.

Médicos sin Fronteras. *El acceso a medicamentos en peligro a escala mundial*. Médicos sin Fronteras. Madrid, 2004. 12 Pp.

Olarrega, Manuel; "MERCOSUR y la salud" en la *III Conferencia Panamericana sobre Harmonización de la Reglamentación Farmacéutica*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, del 24 al 26 de abril de 2002. 9 Pp.

Organización Mundial de la Salud; *Buscando respuestas para combatir el SIDA y para una estrategia de medicinas de la Organización Mundial de Salud (OMS)*, OMS, Ginebra, Suiza, Mayo de 2001.

OMC–OMS; *Los Acuerdos de la OMC y la Salud Pública*. Organización Mundial de Comercio y Organización Mundial de la Salud(publicación conjunta), Ginebra, 2002,

OMS; (WHO/EDM/2000.1) *Estrategia Farmacéutica de la OMS: marco para la acción en relación con los medicamentos esenciales y la política farmacéutica*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003,

OMS; *Informe sobre la situación actual del medicamento*; Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004,

OMS; *Carta de la Organización Mundial de Salud*, Naciones Unidas, Nueva York, 1948, 9 Pp.

PNUD; "Nuevas dimensiones de la seguridad humana", *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Cultura económica, México, 1994. Pp. 32-34.

PNUD; *índice de Desarrollo Humano 2004*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD), Nueva York, 2004, .

Presidencia de la República. *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2005*. Gabinete de Desarrollo Humano y Social del Gobierno de la Republica Mexicana. México, 2005. 164p.

Rosas María Cristina; Coord. *La OMC y la Ronda de Doha: ¿proteccionismo vs desarrollo?*. FCPYS-UNAM, México, 2003,446 Pp.

Rosas, María Cristina; *La economía internacional en el siglo XXI. OMC, Estados Unidos y América Latina*. FCP y S-UNAM, México, 2001, 447 Pp.

Smith, Steve et al; *The Globalization of World Politics*; Oxford University Press, New York, 1997

Tobar, Federico. Tendencias en materia de medicamentos genéricos en Latinoamérica. Ponencia del primer congreso Argentino-brasileño de medicamentos genéricos. Buenos Aires, diciembre de 2002. P.4

WTO/WHO; *Workshop on Differential Pricing & Financing of Essential Drugs* "Joint statement of Consumer Project on Technology (CPT), Health Action International" (HAI), Medécins Sans Frontieres (MSF), Oxfam and Treatment Action Group (TAG), London, 11 April 2001. 20 Pp.

Xavier de Lemos Campanema, Luciana e Lins Palmeira Filho, Pedro; *A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção*. Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) Sectorial, núm.19, Rio de Janeiro, marzo de 2004. 26 Pp.

Artículos

Almeida, Celia y Abrantes Pêgo, Raquel. "Teoría y Práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México" *Salud Publica*. Vol. 18, Núm. 4. Julio-agosto de 2002. Rio de Janeiro. Pp.971-989.

Bermúdez, Jorge. "El desafío de promover el acceso a los medicamentos en la región de las Américas" *Boletín de Fármacos*. Volumen 7, número 4. 2004.

Pp.1-3

Brundland, G. "Cheaper drugs offer hope in the war against AIDS" *International Herald Tribune*, New York, 14 February, 2001. Pp 20-25.

Correa, Rafael. "Reformas estructurales y crecimiento en América Latina: un análisis de sensibilidad" *Revista de la CEPAL* N° 76, Abril de 2002. Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, 2002. Pp.89-107.

Chan Sánchez, Julio. *La educación superior y el comercio de servicios: un punto de vista peruano*. Dirección Nacional de asuntos multilaterales y negociaciones comerciales internacionales del Ministerio de Industria, turismo, integración y negociaciones comerciales internacionales de Perú. Lima, Perú. 5 de julio de 2002.

Esbozo del Informe de la Comisión de Seguridad Humana. 2003, Comisión de Seguridad humana, Naciones Unidas, Nueva York, 2000. 6p.

González, Gustavo. "ALCA Libre mercado, mala salud" *ipsnoticias*. Noviembre de 2003. Pp. 1-3. Consultado en www.ipsnoticias.net

Gottlieb, Scott. "Estados Unidos cede y permite que Brasil produzca medicamentos baratos" *British medical Journal*. Londres, 2001. Pp. 1-2.

Kanter, Mariany Sara. "Depois da lei de patentes..." *Boletín SOBRAVIME* Núm.31 de la Sociedad Brasileña de Vigilancia de Medicamentos. Octubre-Diciembre de 1998. Rio de Janeiro. Pp.67-73.

Katz, Jorge. *Pasado y presente del comportamiento tecnológico de América Latina*. Serie desarrollo productivo de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, julio de 2000. Pp. 7-14.

Le carré, John. "El Gran Farma" *el País*, Madrid, Febrero 16 de 2003. Pp.1- 2.

López Linares, Roberto. Acción Internacional para la Salud de Latino América (AISLAC), Oficina de Coordinación AISLAC. "La lucha por el acceso a medicamentos esenciales" *Boletín de fármacos*. Volumen 4, número 4, septiembre de 2001. Pp. 1-10.

Leyva-Flores Rene, Erviti-Erice J, Escobar Kageyama, ML. "Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México" *Revista de Salud Pública de México*, México, 1998, número 40. Núm.1, 1998. Pp.1-5.

Lima Rêgo, Elba Cristina. "Acordo sobre Propiedades intelectual da OMC: implicacoes para a saúde pública nos países em desenvolvimento" *Revista do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES)*. V.8, N.16, dezembro, 2001. Rio de Janeiro. Pp.43-78.

Artículo publicado en el número 36 de la *revista Medicina Holística*. Edita: [Asociación de Medicinas Complementarias \(A.M.C.\)](http://www.free-news.org), consultado en www.free-news.org, el 19 de enero de 2005.

Rath, Matthias. Denuncia ante la Corte Penal Internacional en nombre de todos los pueblos. 14 de junio de 2003, la Haya. Tomado de la fundación de salud del Dr. Rath.

Médicos sin Fronteras; *Negociando con la salud: el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual y el acceso a medicamentos en el Área de Libre Comercio de las Americas (ALCA)*. *Boletín Médicos sin Fronteras*. S/L. Agosto de 2003. Pp. 1-12.

Orozco Alcantar, José Luis. "Darwinismo y Elitismo Corporativo", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, N°. 127, año XXXIII, Enero-Marzo de 1987, México. Pp.91-108.

Ortells, Pascua; "Brasil :un modelo ante la crisis del SIDA", *Informe de políticas públicas*, Programa de las Américas (Silver City, NM: Interhemispheric Resource Center. Abril de 2003. 12 Pp. Consultado en: www.americaspolicy.org/reports/

Ribeiro, Silvia; "Genericamente hipócritas" *La Jornada*, México, 18 de abril de 2003. Consultado en www.jornada.unam.mx el 7 de diciembre de 2004. Pp.3-4.

Ribeiro, Silvia; *De genes, gusanos e ignorantes*. Sábado 13 de noviembre de 2004. Consultado en www.deslinde.org.co. El 7 de febrero de 2005. Pp. 2-3.

Ribeiro, Silvia; "El mapa genómico de los mexicanos" en *La Jornada*, Sección Política/Opinión. México, Domingo 31 de julio de 2005. Pp.21-22.

Tavares, Mónica. "Brasil va a romper patente de medicamento para el SIDA" *Noticias de la BBC*. 24 de junio de 2005.P.1 Consultado en www.bbc.com. El 14 de mayo de 2005.

Universidad Autónoma de México (UAM). "Industria farmacéutica: menos innovación y más costos" en *Semanario de la UAM*. Vol.X, Núm. 38. México, 31 de mayo de 2004. Pp. 10-11.

Velásquez, Germán. Medicamentos genéricos y el acuerdo de los ADPIC. Conferencia del II congreso Argentino Brasileño de medicamentos genéricos. Buenos Aires, Argentina, Dic. 2002. 36p.

Sitios en Internet:

Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Nacionales(ALANAC). www.alanac.org.br

Bayer de Brasil. www.bayer.com.br/historia

Boletín de Fármacos. www.boletindefarmacos.org

Centro de información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana www.cinu.org

Farmacéuticas de Latinoamérica. www.latinpharma.com.br

Merck de Brasil www.merck.com.br

Ministerio de salud de Brasil www.brasil.gov.br/temas/saude,
www.brasil.gov/ministeriosaude

Ministerio de Desarrollo de Brasil www.mdd.gov.br

Organización Deslinde www.deslinde.org

Página de la BBC de Londres. www.bbc.com

Federación Brasileña de la industria farmacéutica: www.febrafarma.com.br

Instituto nacional de la Propiedad Industrial(INPI) en Brasil: www.inpi.gov.br

IPS Noticias. www.ipsnoticias.net

Periódico La Jornada. www.jornada.unam.mx

Laboratorios Abbott en Brasil. www.abbott.com.br

Laboratorios Eli Lilly Brasil www.lilly.com.br

Laboratorios Johnson & Jonson www.jnj.com.br

Laboratorios Roche en Brasil www.roche.com.br

Organización de las naciones Unidas www.un.org

Organización mundial de Comercio www.wto.org

Organización Mundial de la salud www.who.int

Organización Panamericana de la salud www.paho.org

Presidencia de la República Mexicana www.presidencia.gob.mx

Pro Genéricos: www.progenericos.com.br

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo www.undp.org

Schering Plough de Brasil www.scheringplough.br

Schering de Brasil www.schering.com.br plough.br

Secretaría de Salud de México www.ssa.gob.mx