

**LA INCIDENCIA DEL SISTEMA DE PATENTES ESTADOUNIDENSE EN LA
POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA SUDAFRICANA 2000- 2012**

MARÍA CAMILA CIFUENTES GAITÁN

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE RELACIONES INTERNACIONALES

BOGOTÁ D.C., 2014

“La incidencia del sistema de patentes estadounidense en la política de salud pública
sudafricana 2000-2012”

Estudio de caso

Presentado como requisito para optar al título de

Internacionalista

En la Facultad de Relaciones Internacionales

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentado por:

María Camila Cifuentes Gaitán

Dirigido por:

Margarita Cadavid

Semestre II, 2014

RESUMEN

El interés de este estudio de caso es explicar la incidencia del sistema de patentes estadounidense en la política de salud pública sudafricana del 2000 al 2012. Teniendo en cuenta los altos costos que este sistema impone en los precios de los medicamentos especialmente para tratar el VIH/SIDA y la malaria dos de los males que más aquejan a la población sudafricana. Se pretende explicar y establecer los cambios que ha implementado el gobierno sudafricano en su política de salud pública a través de la creación de una incipiente industria farmacéutica genérica que alivia en parte esta situación, pero que resulta insuficiente debido a su primordial interés de mantener relaciones cordiales con Estados Unidos antes que experimentar cualquier represalia como sucedió en India y Brasil.

Palabras clave

Sistema de patentes, política de salud pública, Sudáfrica, Estados Unidos.

ABSTRACT

The interest of this study is to explain the impact of the U.S. patent system in the South African public health policy since 2000 to 2012. Because of the high costs that this system imposes on the prices of medicines especially for treating HIV / AIDS and malaria, two of the most evils ills of South African population. It then seeks to explain and establish the changes that has implemented the South African government in its public health policy through the creation of an emerging generic pharmaceutical industry which partially alleviates this situation, but that is insufficient because its primary interest is to maintain a good bilateral relations with United States before undergoing any retaliation as India and Brazil went through.

Key Words

Patent system. Public health policy, South Africa, United States of America.

A Dios, a mis padres y a mi hermanita por ser mi apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de grado es la culminación de una etapa de pregrado universitario, y el inicio de un nuevo camino laboral. Muchas personas contribuyeron en la consolidación de este proyecto de vida y a mi formación profesional. Docentes y funcionarios de la universidad del Rosario solo me queda agradecerles.

Gracias Dios por respaldarme en cada etapa y por mandar ángeles a mi camino, a mis padres, mi papá quien lo ha dado todo por hacerme crecer cada día más, nunca dejaré de agradecerte. A mi hermanita quien ha sido mi motor y a mi mamá quien estuvo presente en cada momento difícil durante mi carrera.

Mis más sinceros agradecimientos a Margarita Cadavid, mi directora de trabajo de grado de quien aprendí no solo académicamente sino también como persona.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. EL SISTEMA DE PATENTES Y LA SALUD PÚBLICA SUDAFRICANA GARANTIZANDO LA SEGURIDAD HUMANA.	14
1.1 La problemática del VIH en Sudáfrica: garantizando la seguridad humana.	14
1.2 La política de salud pública llevada a cabo por el gobierno sudafricano entre el 2000 y el 2012	15
1.3 Los esfuerzos del gobierno sudafricano frente al tema del VIH / SIDA.	16
2. LOS EFECTOS DEL SISTEMA DE PATENTES ESTADOUNIDENSE EN LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA SUDAFRICANA	28
2.1 El régimen Internacional y el Sistema de Patentes	28
2.2 El caso estadounidense	30
2.3 Los efectos del Sistema de Patentes estadounidense en las decisiones del gobierno sudafricano	31
3. EL COSTO PARA SUDÁFRICA DE CREAR SU PROPIA INDUSTRIA FARMACÉUTICA	38
3.1 Las decisiones del gobierno sudafricano ante los altos costos de los	38

medicamentos

3.2 El fortalecimiento de la industria farmacéutica 40

3.3 La importación de medicamentos de India y Brasil 43

4. CONCLUSIONES 46

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Diagrama: Oficina del Censo de los Estados Unidos, comercio entre Estados Unidos y Sudáfrica entre 1994 y 2007.

LISTA DE SIGLAS

ADPICSP	Acuerdos de Propiedad Intelectual relacionadas con la salud pública
AFRICON	Africa Command
AGOA	African Growth and Opportunity Act
ARV	Antiretroviral
CIA	Central Intelligence Agency
CNA	Consejo Nacional Africano
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FDA	Food and Drugs Administration
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
OECD	The Organization for Economic Cooperation and Development
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUSIDA	Programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PEGOA	Partnership for Economic Growth and Opportunity in Africa

PhRMA	Pharmaceutical Research and Manufactures of America
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMI	Programa de Prevención de la Trasmisión Materno Infantil
SANAC	Consejo Nacional sobre el SIDA
SIDA	Síndrome de inmuno deficiencia adquirida
STI	Sexually Transmittet Infections
TAC	Campaña de Acción para los Tratamientos
TRIPS	The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
USIDE	Unites States Agency for international development
USPTO	The United States patent and trademark office
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

Las patentes, y sobre todo su incidencia en el tercer mundo, ha sido un tema de suma importancia en las Relaciones Internacionales especialmente por las medidas implementadas por los estados para contrarrestar los efectos que este sistema tiene sobre los altos precios de las medicinas en el mercado, especialmente cuando los estados menos favorecidos se encuentran frente a epidemias, difíciles de controlar sin las medicinas apropiadas.

Las respuestas de los gobiernos frente a los altos costos que se derivan de este sistema de patentes, varían dependiendo de muchos factores, especialmente porque las respuestas que dan los gobiernos son el resultado no solo de su posición frente al tema, sino también de las relaciones que este tenga con el país de origen de las empresas farmacéuticas y las consecuencias que esto pueda conllevar en sus relaciones bilaterales.

En Sudáfrica uno de los problemas de salud pública que aqueja a sus habitantes son los altos índices de personas infectadas con el VIH/ SIDA y malaria. Esta temática se ve agravada por el elevado precio de los medicamentos provenientes de farmacéuticas estadounidenses las cuales justifican sus altos costos a partir de los procesos de investigación y desarrollo que tienen, por lo que están protegidas por el sistema de patentes. Así, la cobertura de salud a la población enferma es limitada ya que las políticas implementadas por el gobierno permiten un acceso general a los medicamentos, pues las personas que no son respaldadas por el gobierno no pueden acceder a estos debido a sus altos costos.

Ante esta situación aunque el gobierno sudafricano ha intentado mitigar la problemática a partir de la creación de una incipiente industria farmacéutica genérica y la importación de medicamentos de países como Brasil e India, sus esfuerzos resultan ineficientes y pese a ello ha preferido mantener sus relaciones bilaterales con Estados Unidos sin alteraciones y no desafiar su gigante industria farmacéutica yendo en contra de sus intereses.

El presente estudio de caso pretende establecer que cambios ha implementado el gobierno sudafricano en su política de salud pública en cuanto al tema del VIH/SIDA y Malaria, ante los altos costos en medicamentos que impone el sistema estadounidense de patentes.

Para desarrollar este tema, la presente investigación se dividirá en tres capítulos; en el primer capítulo se describirá la política de salud pública sudafricana y sus principales problemas, definiendo el concepto de salud pública y como el gobierno contribuyó a hacer frente a este problema durante el periodo del 2000 al 2012.

En el segundo capítulo se explicará como el sistema de patentes y los altos costos que este supone para los medicamentos, determinaron en gran medida las decisiones del gobierno sudafricano, sobreponiendo el interés por parte de Sudáfrica de mantener la cordialidad en las relaciones bilaterales con los Estados Unidos, al interés de darle acceso a la población a los medicamentos.

En el tercer capítulo se examinarán las transformaciones en la política de salud pública sudafricana, describiendo algunos cambios implementados por el gobierno con el fin de aminorar la problemática.

Esta investigación se orienta a explicar la manera como un sistema de patentes puede afectar o no una política de salud pública de un país. De esta manera es importante conocer otra perspectiva de la influencia de Estados Unidos en el tercer mundo, considerando dicha influencia no solo en términos militares o políticos sino también enfocado hacia una fuerte industria, como lo es la farmacéutica.

A lo largo del presente estudio de caso se identificará como en el sistema internacional se han creado diversos organismos que regulan las relaciones entre los estados en diferentes ámbitos. En el ámbito comercial por ejemplo, la OMC es la principal organización encargada de tratar los asuntos de propiedad intelectual lo cual la convierte en un régimen internacional. Este concepto se explicará en el estudio de caso teniendo en cuenta los postulados de Stephen Krasner.

Teniendo en cuenta la amplitud del ámbito comercial, también se abordarán el subtema de la compra y venta de medicamentos y dentro de este se explicará el concepto de las patentes farmacéuticas, las cuales son definidas y explicadas en los términos de Phillippe Cullet. Además debido a los problemas que genera este sistema de patentes en Sudáfrica, y los cambios que se implementaron dentro de su política de salud pública, se definirá el concepto de política pública y como funciona en el caso sudafricano.

La metodología que se empleó es de carácter cualitativo y descriptivo. Para su desarrollo se utilizaron fuentes secundarias como documentos oficiales, en este caso acuerdos incorporados en los tratados de propiedad intelectual (TRIPS), Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), acuerdos de propiedad intelectual relacionados con la salud pública (ADPICSP), e informes de ONUSIDA, entre otros. También se utilizaron libros como *“la verdad acerca de la industria farmacéutica”* de Marcia Angell, *“ structural causes and regime consequences. Regimes as intervening variables. International regimes”* de Stephen Krasner y *“Patents and medicines: The Relationship between TRIPS and the Human Right to Health”* de Phillippe Cullet.

Este trabajo es importante para las relaciones internacionales pues permite ver la influencia que tienen actores diferentes a los estados en las decisiones que estos toman. Además de servir como fuente bibliográfica y de consulta para personas que quieran investigar el tema de las patentes y el control y monopolio que ejercen las grandes farmacéuticas tanto en sus países de origen como en los países receptores.

EL SISTEMA DE PATENTES Y LA SALUD PÚBLICA SUDAFRICANA GARANTIZANDO LA SEGURIDAD HUMANA

1.1 La problemática del VIH en Sudáfrica: garantizando la seguridad humana.

Con el fin del Apartheid se dio la transición a un régimen democrático en Sudáfrica, el gobierno aún se enfrentaba a una serie de problemas sin resolver; como la pobreza, la violencia y enfermedades como la malaria, tuberculosis y el VIH/SIDA. Siendo este último uno de los más difíciles de controlar, ya que “casi 250 mil sudafricanos murieron de SIDA en 1999 y cerca de 1500 personas se contagiaron a diario con el virus de inmunodeficiencia” (Programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH / SIDA [ONUSIDA] 2000, pág. 2).

Para Sudáfrica el tema del SIDA no sólo representaba un problema de salud, sino también de seguridad; en el sistema internacional la seguridad ya no solo es entendida como una cuestión bajo la rúbrica de poder, sino que también tiene que ver con la seguridad de las personas donde el individuo es el punto de partida, por ello para el gobierno era necesario garantizar dicha condición. La seguridad humana “acentúa la atención prestada en las poblaciones abandonando el enfoque de seguridad (realista) militar y sustituyéndolo por el enfoque liberal (de desarrollo sostenible y de intervención humana)”. (Rioux 2001, pág.21).

Así, la situación vivida por millones de sudafricanos se percibió como una amenaza a la seguridad humana considerada bajo las siguientes categorías. “La seguridad económica la cual requiere un ingreso básico determinado para cada persona. La seguridad alimentaria que significa que las personas tienen acceso a una alimentación básica. La seguridad sanitaria, siendo este uno de los principales desafíos debido a las brechas entre ricos y pobres. La seguridad de la comunidad y la seguridad política, en la que las personas deben ser capaces de vivir en una sociedad que haga honor a los derechos humanos”. (Programa de Naciones Unidas para el desarrollo [PNUD] 1994, pág. 17). El SIDA era entonces un problema de Seguridad Humana, bajo su principio de seguridad sanitaria y de seguridad de la comunidad.

Con el fin de mitigar esta situación, las acciones del gobierno sudafricano se materializaron en el establecimiento de políticas de salud pública. Para entender la magnitud del problema del VIH/SIDA en Sudáfrica y los efectos que han tenido las políticas públicas implementadas por el gobierno, en el presente capítulo se empezará por definir el concepto de política de salud pública, y como ha contribuido a hacer frente a este problema durante el periodo 2000-2012, para finalmente hacer un análisis de los alcances y logros obtenidos durante este periodo.

1.2 La política de salud pública llevada a cabo por el gobierno sudafricano entre el 2000- 2012

Para entender qué es una *política de salud pública*, es necesario hacer referencia a la definición de *política pública*, con el fin de establecer como se llega a su implementación. Una política pública es: “Un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener”. (Velásquez 2009, pág. 156).

Según esta definición, la política pública incluye tanto autoridades públicas como particulares haciendo que dicho proceso sea largo y complejo ya que constantemente se transforma debido a las necesidades que surjan en el entorno. Las políticas públicas no son exclusivas del presidente, también pueden ser establecidas por otros órganos del gobierno, “el Congreso, los organismos de la Rama Judicial, los organismos de control y la Banca Central producen también sus propias políticas públicas, en la medida en que el ordenamiento jurídico les permite definir situaciones relevantes o problemáticas para ser enfrentadas.” (Velásquez 2009, pág. 163).

Además de ser un proceso integrador, “una política pública también contiene instrumentos por medio de los cuales pretende cumplir sus objetivos” (Velásquez 2009, pág.161). Así, dichos instrumentos pueden ser definidos según Howlet y Ramesh (2009) según el nivel de intervención del Estado de la siguiente manera:

a) Instrumentos exclusivamente estatales: como las regulaciones, las organizaciones del Estado, las empresas públicas b.) Instrumentos mixtos: como los subsidios, los impuestos, las contribuciones, las campañas y las exhortaciones. c) Instrumentos privados: como las familias, las organizaciones voluntarias, la sociedad, el mercado. (Velásquez 2009, pág. 11)

En cuanto a su objetivo, el fin de una política pública es prevenir o solucionar una situación definida como problemática. De esta manera es necesaria la definición de una situación como tal y utilizar los medios necesarios para llegar a una solución. Una política es considerada exitosa cuando disminuya o solucione el problema existente o en su defecto puede no lograrlo, sin embargo. “el fracaso total o parcial no niega la existencia de la política pública.” (Velásquez 2009, pág.166).

La política pública es un proceso que consta de 5 fases: “primero, una identificación del problema, donde se define una situación en la que se requiere una discusión argumentada con los actores políticos que reclaman una intervención” (Jiménez 2014, pág. 19). El esquema expuesto por Roth (2009) radica en formular ciertas preguntas que pueden ayudar a comprender las dimensiones del problema, es decir la naturaleza, la causa, la duración, los afectados y las consecuencias de qué sucedería si no se interviene. Segundo, una formulación de soluciones o acciones, tercero una toma de decisión que llevara a una implementación, y finalmente a evaluación de la política”. (Roth 2009, pág. 50).

La situación definida como problemática podría ser de cualquier ámbito, en este caso el de la salud. Así una política de salud pública, es un ejemplo de una política pública dirigida específicamente a dicho tema. Y esta busca “las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población”. (Navarro 2012, pág. 2).

De manera tal que un primer paso para Sudáfrica fue identificar el tema del VIH/ SIDA como una problemática, es decir una situación que “necesita un debate público o incluso la intervención de las autoridades públicas legítimas” (Pardioleau 1982, pág. 25). El gobierno sudafricano se concentró entonces en estos aspectos.

1.3 Los esfuerzos del gobierno sudafricano frente al tema del VIH / SIDA

Del 2000 al 2012 el VIH/ SIDA, entre otras enfermedades, se convirtió en una problemática que necesitó la intervención pública e inclusión en lugar prioritario en la

agenda política sudafricana. El principal problema a tratar durante estos años fue el aumento de contagios y virus a causa del VIH/SIDA además de la imposibilidad que implicaba para los enfermos acceder a los medicamentos para su tratamiento debido a los altos costos.

El incremento de contagios llevó incluso a situaciones de emergencia en el 2001, cuando el número de infectados por el virus ascendió a los 4 millones de personas (Ballesteros 2001). Estos aspectos hicieron que la situación se definiera como problemática, dicha definición “nos permite distinguir a la política pública de los actos normales de gestión o funcionamiento del Estado. En estos no hay tal definición sino el cumplimiento de procedimientos establecidos”. (Velásquez 2009, pág. 166).

Así, la definición como problemática que adoptó el gobierno sudafricano frente al VIH/SIDA y el acceso a los medicamentos por parte de la población, fue el primer paso para establecer las políticas públicas que se implementaron en ese periodo. En el año 2000, ante los casi dos millones de personas que padecían de VIH/ SIDA (XIII Conferencia internacional sobre el SIDA 2000, anexo 1), el gobierno diseñó un plan nacional de cinco años que daba lugar a la creación del Comité interdepartamental (IDC) y del Consejo Nacional sobre el SIDA (SANAC). Estos organismos tenían como objetivo brindar respuestas y soluciones a los problemas mencionados mediante “el fomento al diálogo entre gobierno y sociedad civil, la movilización de recursos a nivel nacional e internacional, la recaudación de fondos de las instituciones y el asesoramiento constante al gobierno sobre temas de VIH/ SIDA, tuberculosis y otras enfermedades” (The South Africa national AIDS council [SANAC] 2000, pág.1).

No obstante lo anterior, tanto el presidente Thabo Mbeki, como su ministra de salud Manto Msimang se rehusaron a autorizar la distribución de la droga AZT, primer fármaco antirretroviral (ARV) prescrito para inhibir el desarrollo del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), alegando que se trataba de un medicamento costoso del que existían muchas dudas e incluso sospechas de toxicidad” (Ortiz 2011, párr.3). El gobierno cuestionó la posible causalidad del SIDA a partir del VIH, es decir, consideró la teoría de que el SIDA no era producido por el virus del VIH, oponiéndose a la distribución

del medicamento. Uno de los instrumentos por medio de los cuales el gobierno ejecutó su política de salud pública fueron las inversiones en investigación de hasta “11 millones de dólares” (Ortiz 2011, párr.3) las cuales tenían como fin demostrar la inexistencia de dicha causalidad.

Posteriormente, en julio del mismo año se realizó la XIII Conferencia mundial sobre el SIDA en Durban, donde se discutieron los diversos problemas existentes en Sudáfrica. El VIH/SIDA y la falta de acceso a los medicamentos para tratarlo continuaban siendo los principales problemas en cuanto a temas de salud se refiere. “Los pobres no tenían acceso a la prevención o información, los medicamentos antiretrovirales como AZT, 3 TC y Nevirapine eran de alto costo y el gobierno no destinó fondos para este fin” (Fernández 2011, pág.1).

El presidente decidió implementar antiretrovirales en hospitales públicos, asignando un total de total de “28.5 millones de dólares para combatir el VIH/SIDA, sin embargo solo fue dirigido a mujeres embarazadas y no al total de la población debido al alto costo”. (International Budget Partnership [IBP] 2000, pág.1). Esta política no logró mayores efectos, en tanto estaba dirigida a un solo sector de la población y no a la totalidad de personas contagiadas con el VIH.

En el 2001, la política de salud pública se llevó a cabo por medio de instrumentos mixtos (impuestos, subsidios y donaciones) y por instrumentos privados (organizaciones y el mercado). Este último relacionado con la importación de medicamentos de India y Brasil y el fortalecimiento de su propia industria farmacéutica genérica. Sin embargo esta industria fue bastante incipiente debido a la falta de recursos para sostenerla y al interés por parte del gobierno sudafricano de mantener relaciones cordiales con Estados Unidos. Cabe mencionar que la mayor parte de los medicamentos para tratar el VIH/SIDA provenían de los Estados Unidos y tenían costos elevados.

Ante esto en abril del mismo año, en el tribunal de Pretoria, el Medicines Control Council autorizó el uso de la Nevirapina como medicamento para el tratamiento del VIH y con un precio menor al AZT. Sin embargo, el presidente Mbeki y la ministra de salud, se

opusieron, ya que afirmaron que “la seguridad de la Nevirapina no había sido completamente mostrada y, a pesar de su potencial para generar ahorros, era demasiado cara para implementarla en Sudáfrica ya que costaría 33.3 millones de dólares”. (International Budget Partnership [IBP] 2000, pág.3); decidieron entonces distribuir medicamentos compuestos por altas dosis de vitaminas los cuales carecían de respaldo científico.

Del 24 al 27 de abril de 2001 se llevó a cabo la firma de la declaración de Abuja por parte de los estados miembros de la Unión Africana los cuales se comprometieron a “asignar el 15% de su presupuesto anual al sector salud, además se estableció un incremento de donaciones internacionales de casi un 0.7 % de su PIB” (The Organization for economic Co-operation and development[OECD] 2001, pág.1). El gobierno sudafricano no llevó a cabo la asignación de este presupuesto pues carecía de los recursos y el presupuesto destinado para la salud era muy bajo comparado con los de otros sectores.

El presupuesto destinado a la salud solo favorecía a las clases altas, el 19 de noviembre del mismo año el gobierno llevó a cabo *Roll out plan*, “la propuesta de un régimen de seguridad social sanitaria que facilitaría el acceso a la atención médica por necesidad y no por capacidad de pago” (Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH / SIDA [ONUSIDA] 2010, pág. 3) es decir, el derecho a la salud como derecho humano sin importar quiénes pagasen salud privada o pública. Sin embargo *El Roll out plan* ponía en riesgo a la economía sudafricana debido a la inversión que significaría su puesta en marcha.

Ante los incipientes resultados de las políticas de salud pública adelantadas por el gobierno sudafricano, algunas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), gestionaron políticas de prevención e intervención ante la problemática del VIH/SIDA y la Malaria. De esta manera, durante el encuentro internacional de la OMS en el año 2000, "la organización se ofreció a brindar tratamientos antirretrovirales a la mitad de infectados con VIH/SIDA en Sudáfrica antes del año 2005, sobrellevando al tiempo las protestas de manifestantes que pedían que las compañías farmacéuticas bajaran el precio de

las drogas". (De Souza 2005, pág.1). Sin embargo sus esfuerzos se vieron contrarrestados por el presidente Mbeki y su ministra de salud pues prohibieron la distribución de AZT y demás antiretrovirales derivados, argumentando sus nefastos efectos secundarios.

El enviado de las Naciones Unidas para el SIDA en Sudáfrica, Stephen Lewis, denunció que el sistema sanitario sudafricano colapsaba rápidamente, y que el problema principal era que los mandatarios sudafricanos tenían un concepto errado de los antiretrovirales ofrecidos, llegando a considerarlos como medicamentos peligrosos.

De igual manera, la OMS trabajó en pro de formular y aplicar la Política Farmacéutica Nacional sudafricana (PFN), con el fin de "asegurar un suministro adecuado de medicamentos, rentables y de calidad aceptable para todos los ciudadanos" (World Health Organization [WHO] 2001, pág. 1), sin embargo algunas empresas farmacéuticas se opusieron a dicha política estableciendo demandas en su contra.

Ante dichas demandas, la OMS identificó los conocimientos legales internacionales necesarios para apoyar el fortalecimiento de una industria farmacéutica local, valiéndose de la ley de medicamentos 90 y las excepciones a los Acuerdos de Propiedad Intelectual, logrando que "las 39 empresas farmacéuticas inconformes retiraran las demandas dando lugar a que el gobierno sudafricano adoptara las medidas necesarias para proteger la salud pública y ampliar el acceso a medicamentos" (World Health Organization [WHO] 2001, pág. 1). Ante dicho logro el gobierno sudafricano pudo fortalecer una incipiente industria farmacéutica local.

El 14 de abril de 2004 se realizaron las elecciones legislativas que dieron como resultado nuevamente el triunfo de Mbeki quien asumiría de nuevo el reto de mitigar el principal problema sudafricano: el VIH/SIDA, el cual cobraba "300.000 vidas, de estas infectadas el 21,5% de las personas entre 15 y 49 años: 5,3 millones, de las que más de la mitad 2,9 millones) eran mujeres y 200.000 niños" (El Mercurio 2005, párr. 12)

El gobierno entonces asignó un presupuesto inicial de "296 millones de rand (Afrolnews 2004) en programas para vencer la desnutrición, la malaria y el VIH/ SIDA.

Además, en abril del mismo año se comenzaron a distribuir de forma gratuita fármacos antirretrovirales en hospitales públicos, “empezando con 50.000 pacientes y ampliando su cobertura progresivamente en los próximos años, de manera que para 2009 los beneficiarios de los ARV alcanzasen los 1,4 millones”. (Afolnews 2004, párr. 72).

Ante la ausencia de centros hospitalarios, que era otro de los grandes retos del gobierno en cuanto a temas de salud se refiere, se llevó a cabo un plan nacional de salud en el 2004, el cual tenía como objetivo el aumento del número de hospitales privados y nuevas instalaciones de atención médica. Esto debido a que en el 2003 el número de personas infectadas con el VIH/ SIDA aumentaba a los 5.6 millones” (El Mundo, 2005) y la asistencia médica brindada por el gobierno consistía en que “de cada 100 mil personas, existían 69 médicos, es decir, un médico por cada 1449 personas (Guía del mundo, 2007). A esta situación se suma la expectativa de crecimiento negativo del “0.25% y la lectura comparativa de las tablas del programa de naciones Unidas para el desarrollo PNUD con una esperanza de vida de 46 años e incluso menos” (Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH / SIDA [ONUSIDA] 2010, pág. 1).

Las iniciativas del presidente y su ministra poco a poco se fueron desviando del objetivo inicial, ya que el gobierno disminuyó su presupuesto casi las “dos terceras partes, considerándose entonces como un fuerte revés a los supuestos progresos en política antisida”. (Afolnews, 2004).

Aunque el número de muertes por VIH SIDA en el 2005 disminuyó 1.6% según la Agencia de Estadísticas Sudafricana (SSA), y 5,5 millones eran los infectados, los altos costos de los medicamentos importados eran exorbitantes y los subsidios por parte del gobierno a los enfermos “eran menores a 10.55 Rands por persona” (presupuesto que podría ser ideal). (Afolnews, 2004).

En salud el impuesto general representó 40%, las contribuciones a ayuda médica 45%, y los pagos de su propio bolsillo 14% de los fondos totales de la atención de salud (Unidad médica de salud, 2009). Sin embargo, la ineficacia de las políticas de salud pública

implementadas evidenciaban el inconformismo de los habitantes sudafricanos. Mandela, por ejemplo, afirmó que la única política eficaz sería hablar abiertamente al respecto y Mike Heywood, investigador y activista Sudafricano, “criticó la falta de iniciativa por parte del Presidente Mbeki” (EP Madrid 2009, párr. 2).

En el 2006 casi “13% de los hogares sudafricanos dieron positivo en el examen del VIH. (Wharton 2007). Ante dicha situación, las políticas de salud pública llevadas a cabo continuaban siendo objeto de críticas. Por su parte, el comisionado especial de ONUSIDA en África afirmó que dichas políticas eran “dignas de una minoría excéntrica” (Wharton, 2007). Otras opiniones como las del profesor Malegapuru Makgoba, principal inmunólogo de Sudáfrica, advertía que las políticas de salud pública del presidente harían de Sudáfrica el hazme reír del mundo científico. (Singer 2008).

En 2007 el gabinete sudafricano aprobó el “HIV & AIDS and STI (Sexually Transmitted Infections) Strategic Plan for South Africa (2007-2011) (Plan Estratégico de VIH, SIDA y ETS, el cual comprometió al gobierno a gastar 6 mil millones de dólares en la prevención y el tratamiento del VIH y el SIDA durante un periodo de cinco años. El proyecto de ley anticipaba que “1,625 millones de personas recibirían tratamiento con ARV hacia 2011. El objetivo del plan fue el de disminuir las infecciones de VIH casi a la mitad invirtiendo 40% del presupuesto sudafricano en los tratamientos”. (International Budget Partnership [IBP] 2000, pág.4).

Esta política mejoró en gran medida el acceso a los antirretrovirales, registrando así para el 2008 una significativa reducción de muertes. Sin embargo, el acceso aún era limitado para las personas pobres afectando sus garantías en el tema de salud.

Las clínicas financiadas por el gobierno se caracterizaban por las largas filas que debían hacer los usuarios en el momento de acceder a atención médica, y sobre todo por la falta de recursos. Cabe anotar que, aunque existía una política de distribución de antiretrovirales, había una evidente desorganización que no permitía hacerla efectiva. Además, se hacía urgente la construcción de más centros de salud, de más personal médico, y claramente de más medicamentos.

En este año, el gobierno ejecutó un plan de innovación 10 años (2008- 2018) que tenía como objetivo principal “fortalecer la biotecnología, creación de medicamentos a partir de recursos naturales y efectivos tratamientos para el VIH”. (Grupo de trabajo sobre tratamientos de VIH, 2009).

Posteriormente, en el 2008 el Consejo Nacional Africano (CNA) solicitó la abdicación del presidente Mbeki, reemplazado por Kgalema Motlanthe hasta que se realizaran las elecciones del 2009 en Sudáfrica. Teniendo en cuenta los preocupantes índices de esperanza de vida en Sudáfrica (54 años), y los diversos problemas a tratar en el área de la salud, la política de salud pública comenzó a mostrar una profunda reestructuración del gabinete de salud establecido en el gobierno anterior. Así, en reemplazo de la ministra Msimang, ocupó el cargo Barbara Hogan, contrapositora de Mbeki e integrante de la campaña de acción para los tratamientos TAC, quien se encargó del diseño de planes y políticas efectivas para combatir los problemas existentes.

La política de salud consistió en hacer cumplir los postulados del plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA a partir del “desarrollo de un plan de recursos humanos factible para trabajadores sanitarios y el despliegue de programas de distribución antirretroviral, de educación en escuelas y de medidas de prevención en las mismas” (Department of science and technology 2000, pág.1). Sin embargo, la política no fue efectiva ya que los recursos aún eran escasos y la distribución de medicamentos no daba abasto para toda la población. Además de la colaboración por parte de la Campaña de Acción para los tratamientos (TAC), la OMS también ejecutó algunas medidas con el fin de mitigar la problemática, trabajando con varios colaboradores como UNICEF, ONUSIDA y la OMC, constituyendo como afirma (Krasner, 1983) regímenes que "gobiernan diferentes áreas de las políticas públicas internacionales y que convocan a actores estatales y no gubernamentales bajo principios y normas de aceptación universal". De esta manera la Organización Mundial de la Salud distribuyó millones de métodos de protección sexual, "buscando una respuesta social al drama de millones de niños huérfanos y adultos infectados, aportando dinero para programas de investigación en fármacos antirretrovirales" (El País 2000, pág.1), pero discrepando en gran medida con los intereses de las grandes

empresas farmacéuticas estadounidenses, denunciando incluso, a través de su "Director del Programa de Secretariado e innovación y Propiedad Intelectual, que el uso de las patentes era una forma de retrasar el acceso a los medicamentos. La OMS abogó para que los fondos públicos financiaran la investigación de medicamentos, para que el acceso a estos no fuera restringido". (El País 2009, pág.1) sin embargo los acuerdos de durabilidad de propiedad intelectual interrumpían cualquier esfuerzo de abolición de patentes, contraponiendo a la OMS quien abogó por los intereses de los enfermos y a la OMC que patrocinaba la libertad del comercio mundial.

En el 2009 Jacob Zuma es elegido presidente de Sudáfrica. Su política de salud pública consistió en destinar casi "9% de su PIB en el sector salud" (Panorama Mundial 2012). Por su parte El VIH/SIDA continuaba siendo el problema más importante en cuanto a temas de salud pública, de modo que el gobierno llevó a cabo una campaña de terapia dual brindando medicamentos antirretrovirales a mujeres embarazadas y "disminuyendo el porcentaje de transmisión de VIH/SIDA en un 3.2%" (Amnistía Internacional, 2008); además, subsidió con tratamiento antirretroviral solamente a "500 mil pacientes y autorizó 408 sitios especializados" (Human Right Watch 2009, párr. 1), lo que, aunque representaba un avance con respecto al periodo de mandato de Tabo Mbeki, no fue una política de salud pública efectiva.

Por otro lado, la carencia de medicamentos para personas enfermas que se encontraban en el área rural, impulsó al gobierno y al ministerio de desarrollo social a aumentar las ayudas por medio de la inversión en el fortalecimiento de planes de transporte público que permitieran el traslado a dicha zona y la implementación el 1 de diciembre de 2009 de una política de aceleramiento al momento de distribuir antirretrovirales para grupos críticos sin embargo, estas medidas se interrumpieron debido a los desalentadores pronósticos de crecimiento

En el 2010 el gobierno efectuó dos tipos de políticas de salud pública: las llamadas políticas de prevención y las políticas de cuidado. Dentro de las primeras están los sistemas de educación que enseñaban a los habitantes las medidas de prevención de contagios y la

educación sexual; dicha política se caracterizó por la implementación del plan nacional de circuncisión masculina, la provisión de condones y el incremento del test para VIH. De igual manera, el gobierno implementó el programa nacional de prevención de la transmisión materna infantil (PTMI), que garantizaba la distribución de ARV a madres embarazadas. Esta política fue una medida ineficiente, ya que la falta de recursos no garantizaba el cumplimiento pleno en todas las mujeres embarazadas de la población.

Con relación a todas estas medidas el resultado era nefasto, solo aproximadamente “1 millón de sudafricanos recibían tratamiento antirretroviral” (Cullinan 2010, párr. 2), desvaneciéndose los comunicados del gobierno con respecto a la provisión de tratamientos a 80% de la población.

El total cumplimiento de estas medidas significaba un costo de “11 mil millones de rand por encima de los 117 mil que el gobierno había presupuestado para el mismo fin” (programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA [ONUSIDA] 2010, pág. 1), lo que impidió su cumplimiento. A esto se suma la reducción de ayuda internacional a finales del mismo año la cual pasó de 8.700 millones de dólares en 2009 a 7.600 millones de dólares en 2010. (Programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA [ONUSIDA] 2010, pág. 1).

Aunque en el 2001 existía un sistema de salud tanto privado como público, el primero recibía los mayores beneficios de atención y cuidado mientras el segundo se nutría solo de pequeñas inversiones en salud. El sector privado contaba con “247 hospitales sustentados por médicos y especialistas afiliados, y la atención reflejaba la posición del país como una mezcla del primer y tercer mundo: algunos centros públicos de atención sanitaria muy básicos, mientras que los centros privados eran modernos”. (Panorama mundial 2012, pág.4).

En cuanto a la cobertura médica, solo “16% de la población contaba con esta y cerca de 1.213 millones de dólares eran invertidos en medicamentos, de los cuales el Estado financiaba solo el 24%” (Embajada sudafricana 2002, pág. 1). De acuerdo con lo anterior,

aunque solo 16% de las personas se beneficiaban de salud privada, “cerca de un 80% de la población se encontraba a la deriva” (Embajada sudafricana 2002, pág. 1).

El 1 de Diciembre del 2011 Jacob Zuma dio a conocer el plan estratégico nacional o PEN con el fin de enfrentar no solo la problemática del VIH sino también enfermedades como la tuberculosis y las de transmisión sexual. Esta política tenía como objetivo reducir a la mitad el número de infecciones de tuberculosis y garantizar casi 80% de medicamentos a infectados con VIH, a partir de un aumento en las tasas de impuestos de otros sectores como el financiero. Pese a que en el año 2001 se habría dado lugar a la industria genérica farmacéutica, los medicamentos provenientes del exterior aún continuaban siendo mayoritarios y sus precios elevados para la población debido al derecho por parte de las multinacionales de conservar los postulados de la OMC de libre comercio y de protección a patentes. Ante esta situación el gobierno de Sudáfrica decidió incrementar los impuestos en transacciones financieras con el fin de invertir en salud y

Aunque la OMS abogó en favor del fortalecimiento de una industria farmacéutica genérica sudafricana "el número de países que en realidad contaba con una industria farmacéutica consolidada eran pocos, "solo 10 en el mundo, de los que 8 eran europeos. Así, dicha medida no fue exitosa ya que la situación económica sudafricana no permitía el surgimiento de compañías farmacéuticas consolidadas.

En el 2012 el gobierno apartó un presupuesto de “1.3 millones de dólares por persona en atención médica” (Inter Press Service 2014, pág.1) pero esta política no garantizaba la provisión de medicamentos para todos los enfermos. Por ello, el gobierno propuso que el fondo nacional de salud se hiciera cargo de la financiación de dicho dinero, a partir de medidas como aumento de impuestos personales o de valor agregado. Para que esto se pudiera ejecutar, el ministro de finanzas Pravin Gordhan anticipó “la necesidad de un aumento de tarifas trabajando estrechamente con el departamento de salud”. (Government priority Zouth Africa 2011, pág.1). Sin embargo esta política no fue acogida por la población ya que el aumento de impuestos recaería principalmente en la clase baja.

De lo anterior podemos inferir que la política de salud pública sudafricana existente del 2000 al 2012 experimentó diversas transformaciones debido a que fue un proceso complejo donde sus elementos y situaciones cambiaron con el tiempo. Teniendo en cuenta los postulados de Velásquez (2009), la política de salud pública sudafricana en ocasiones fue exitosa ya que la problemática existente pudo reducirse, sin embargo en otras no lo fue llegando a fracasar parcial o totalmente, sin que esto niegue su existencia.

Sin embargo hay otros aspectos que contribuyeron a la ineficiencia de estas políticas públicas, entre ellos una serie de intereses estatales los cuales serán explicados en el siguiente capítulo.

2. LOS EFECTOS DEL SISTEMA DE PATENTES ESTADOUNIDENSE EN LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA SUDAFRICANA.

Como pudo verse en el capítulo anterior uno de los temas que impidió que las políticas de salud pública sudafricana fueran exitosas, fueron los altos costos de las medicinas para el tratamiento del VIH/SIDA y su consecuente falta de acceso de la población más pobre.

Dichos costos son el resultado del sistema de patentes estadounidense por esta razón aunque el gobierno ejecutó políticas de salud pública que mitigaron la situación, su principal interés consistió en mantener las relaciones bilaterales con Estados Unidos inalteradas, lo cual dio como resultado que estas políticas fueran incipientes e ineficientes.

De esta manera, este capítulo explicará cómo dicho sistema de patentes y los altos costos que este suponía para los medicamentos que controlaban las principales enfermedades en Sudáfrica, como VIH/ SIDA y la malaria determinaron en gran medida las decisiones del gobierno sudafricano en cuanto a temas de salud se refiere.

2.1 El régimen Internacional y el Sistema de Patentes

En el sistema internacional actual, debido a la ampliación de las relaciones entre los estados y a la agenda que dirigen las mismas, se han creado varios organismos que se encargan de regular dichas relaciones. Entre los temas que se tratan actualmente se incluye el del comercio y dentro de este ámbito existe un subtema que es la compra y venta de diferentes medicamentos.

La esfera de las patentes farmacéuticas en el mercado es uno de los tantos temas tratados en la Organización mundial del Comercio (OMC), que es el organismo encargado de tratar asuntos de propiedad intelectual. La OMC es un *régimen internacional*. “Los regímenes internacionales se definen como el conjunto de principios, normas, reglas y procedimientos en la toma de decisiones que rigen el comportamiento de los estados en un área de política internacional”. (Krasner 1983, pág. 2). Las reglas y procedimientos de toma de decisiones “se refieren a las prescripciones de conducta como la firma de tratados, como en el caso de la OMC, el GATT” (Pedraza 1998, pág. 1).

Los regímenes internacionales especifican estándares generales de conducta para todos sus miembros, como lo son, en este caso, Estados Unidos y Sudáfrica, entre otros. Son “órdenes internacionales parciales de alcance regional, cuyo propósito es sustraer ciertas áreas de la política internacional” (Keohane 1989, pág. 3), en este caso en el área comercial y dentro de esta el tema de las *patentes farmacéuticas*.

Las patentes farmacéuticas definidas por Phillippe Cullet como “derechos de monopolio restringidos en el tiempo [...] constituyen una derogación del principio de libre comercio al ofrecer el derecho exclusivo y excluyente a un inventor de explotar la invención y prevenir que otros hagan uso de ésta sin su consentimiento” (Cullet 2003, pág 141). Una patente se traduciría entonces, según Cullet (2003, pág.141) como “el derecho a comercializar una invención”, en este caso particular se comercializan los medicamentos de las empresas farmacéuticas de Estados Unidos, y simultáneamente se detiene a otros países para que las produzcan o comercialicen.

La raíz de la protección a las patentes radica específicamente en los acuerdos de propiedad intelectual ADPIC¹. El tiempo que establece la OMC para vigencia de las patentes es de 20 años para todos sus estados miembros. Como pudo verse en el capítulo anterior uno de los temas que impidió que las políticas de salud pública Sudafricana tuvieran resultados exitosos, fueron los altos costos de los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA. Teniendo en cuenta que Sudáfrica importa la mayoría de medicamentos de Estados Unidos, la población sudafricana menos favorecida y afectada por el VIH/SIDA no podía adquirir los mismos.

Sin embargo, existe una flexibilidad escrita en el artículo 27 de la declaración de los ADPIC que exceptúa casos donde se presente una situación de emergencia de salud pública o que requieran la prevención de daños graves, situación en la que se enmarcaría Sudáfrica por su problemática del VIH/SIDA.

Esta cláusula de 20 años confirma un derecho de monopolio, pues la farmacéutica y el respectivo Estado que la obtenga son los únicos productores en el mercado farmacéutico, obteniendo así una exclusividad y libertad en el momento de fijar los precios, lo cual a su

¹ ADPIC: los acuerdos de propiedad intelectual relacionados con el comercio entraron en vigor el 1 de enero de 1995, abarca las esferas de derechos de autor, marcas, y patentes entre otras. (WTO 1994, pág.1).

vez se interpone a la posibilidad de libre comercio debido a que el derecho de tener una patente impide el tránsito de medicamentos genéricos de un país a otro.

Sin embargo existen otras organizaciones que se contraponen a dicho sistema de patentes y que de alguna manera ejecutan medidas que mitigan las situaciones de emergencia social en el mundo, dentro de estas organizaciones están UNICEF, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud, entre otras. Esta última tuvo un rol significativo al momento de controlar la problemática del VIH/SIDA y la Malaria en Sudáfrica pues se contrapuso a la OMC, específicamente a sus acuerdos de propiedad intelectual. "La OMS actuó conforme al mandato recibido de los países que la integran, en defensa de los intereses de los enfermos y la OMC, por su parte, patrocinó la libertad del comercio, combatida rudamente por los altermundialistas, para quienes la globalización no debe ser en ningún caso un fin en sí misma y se le deben anteponer otras metas como el combate contra enfermedades" (La OMC, la OMS y la lucha contra los genéricos 2004, pág.48).

2.2 El caso estadounidense

Aunque como se vio anteriormente la OMC establece los acuerdos de propiedad intelectual ADPIC para todos sus estados miembros, cada uno de estos es autónomo y flexible al consolidar su propio sistema de patentes, siempre y cuando incluya en su legislación las normas establecidas por los ADPIC. Este proceso se realiza a través de las organizaciones u oficinas especializadas determinadas en cada Estado.

En Estados Unidos la organización encargada de otorgar las patentes desde hace más de 200 años es la USPTO, The United States Patent and Trademark Office, agencia federal perteneciente al Departamento de Comercio de Estados Unidos que garantiza el cumplimiento de la base legal para el sistema de patentes registrado en la sección octava del artículo primero de la constitución, el cual afirma que "el Congreso tendrá el poder para promover el progreso de la ciencia y de las artes útiles, asegurando por tiempos limitados a los autores y los inventores el derecho exclusivo a sus escrituras y descubrimientos respectivos."(Constitución de los Estados Unidos de América 1787).

Aunque es la USPTO con apoyo de la FDA (Food and Drugs Administration) quien otorga las patentes farmacéuticas a las empresas, existen otras organizaciones que tienen como objetivo fortalecer los incentivos de propiedad intelectual. Un ejemplo es la PhRMA (Pharmaceutical research and manufacturers of America), en español los investigadores y productores farmacéuticos de América, fundada en 1958 en Estados Unidos quien representa las mejores empresas farmacéuticas investigadoras y productoras.

De esta manera, la PhRMA apoya y justifica en gran medida los procesos de investigación y desarrollo adelantados por las compañías farmacéuticas los cuales son la justificación de imponer altos precios a los medicamentos por parte de las compañías que los fabrican.

Hay tres tipos de patentes en Estados Unidos. Las patentes de utilidad que “son otorgadas a quien invente o descubra un nuevo y útil proceso, máquina, artículo de manufactura, composición de materia” ”(USPTO, pág.1). Las patentes de diseño otorgadas a quien invente o descubra el diseño de un artículo de manufactura y finalmente las patentes de plantas otorgadas a quien descubra las mismas. (las patentes de los medicamentos pertenecen a las patentes de utilidad según su definición). Al momento de otorgar una patente la USPTO se rige del artículo 27.1 de los ADPIC el cual estipula que “las patentes podrán obtenerse por todas las invenciones, sean de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial” (Acuerdos de propiedad intelectual y comercio [ADPIC] 1994, pág. 1).²

2.3 Los Efectos del sistema de patentes estadounidense en las decisiones del gobierno sudafricano.

Del 2000 al 2012 el gobierno sudafricano implementó diversas políticas de salud pública con el fin de mitigar la problemática que implicaba el aumento de enfermedades como el VIH /SIDA y la malaria, entre otras. Sin embargo el difícil acceso a los medicamentos para

² La OMC no define los factores de Invención, novedad y aplicabilidad por lo tanto su definición le compete a cada Estado

tratarlas, es el resultado de la sujeción que tienen estos a un sistema de patentes que impide que los medicamentos sean comercializados con precios bajos a toda la población.

Estos medicamentos en su mayoría provenientes de Estados Unidos son los únicos en el mercado ya que están sujetos a estudios e investigaciones constantes limitando que otros estados los fabriquen. Al momento de cumplir su límite de 20 años, el vencimiento no garantiza que los precios disminuyan pues en la medida en que las empresas farmacéuticas ven acortado dicho tiempo, implementan medicamentos “yo también”³ con el fin de prorrogar sus derechos de patentes por 20 años más.

De esta manera, la industria farmacéutica estadounidense se convirtió en “un juego de comercialización y patentes, que en lugar de ser un motor de innovación, se transformó en una máquina de comercialización”. (Angell 2006, pág. 226). A esto se suma el apoyo del gobierno al financiar las investigaciones y demás procedimientos de las farmacéuticas con el fin de prorrogar su tiempo de patentes.

Ante esta situación, países en vía de desarrollo como Sudáfrica, son uno de los más afectados por dicho sistema pues el acceso a los medicamentos es limitado convirtiéndolos en un lujo exclusivo de quienes tienen el dinero para adquirirlos. Ante ello, la política de salud pública sudafricana ha tenido cambios frente al sistema estadounidense de patentes debido a que ha permitido la creación de una incipiente industria farmacéutica genérica, sin embargo, sus esfuerzos por combatir estos elevados precios no fueron muy evidentes, especialmente porque Sudáfrica quiso mantener una relación de cordialidad con Estados Unidos.

La presencia de Estados Unidos en la zona y sus relaciones con Sudáfrica datan del periodo de la Guerra Fría y el conflicto en Angola y Mozambique. En el primero Sudáfrica fue un fuerte aliado estadounidense en el continente africano en contra de la expansión del comunismo, y se afianzaron dichas relaciones que trajeron beneficios que no podrían ser ignorados como el apoyo de organizaciones internacionales como Naciones Unidas,

³ Los medicamentos yo también no suponen nuevas invenciones, son “los mismos medicamentos con nuevas variantes presentes en el mercado, es decir una molécula de más que los hace nuevos” (Angell 2006, pág. 20).

préstamos económicos y ayuda humanitaria. Mientras que durante la guerra en Angola y el conflicto de Mozambique, la colaboración de la CIA en las actividades de Sudáfrica en dicha región y el apoyo de las naciones unidas”. (Lyman 2002, pág.27 fueron indispensables.

En términos de relaciones bilaterales tras la Guerra Fría se firmó un tratado entre ambos con la iniciativa de países africanos desde 1997. El Partnership for Economic Growth and Opportunity in Africa (PEGOA) , convertida en ley en el 2000 bajo el nombre de African Growth and opportunity act (AGOA).

Las propuestas de AGOA fueron la reducción de aranceles y declarar exentos los derechos de aduana a 1500 productos, la creación de un fondo de garantía de 150 millones de dólares para las inversiones en África, apoyo a la reducción bilateral a la deuda externa africana y el establecimiento de un área de libre comercio entre Estados Unidos y Sudáfrica (Cochran 2000, pág.361).

Desde la aprobación de AGOA en el año 2000 las relaciones comerciales entre ambos estados han sido muy significativas. “Entre el 2000 y el 2007 las importaciones aumentaron un 115%, y el apoyo por parte de Estados Unidos tuvo como fin mejorar la competitividad exportadora a través del centro para el África austral localizado en Botsuana Southern Africa Global Competitiveness hub creado en el 2011 y la iniciativa presidencial African Global Competitiveness initiative lanzada en el 2006”. (Oficina del censo de los Estados Unidos). (Ver anexo 1)

Por otro lado, en el ámbito político, el gobierno estadounidense apoyó en gran medida el proceso de transición democrática en Sudáfrica. Estados Unidos estableció agencias para la promoción de la democracia como la *United States Agency for international Development (USAID)*, organización que ha colaborado con programas de educación, seguridad y democracia en Sudáfrica. En este ámbito también en el 2004 el gobierno de Bush creó “la cuenta del desafío del milenio con el objetivo de reducir la pobreza a través de crecimiento económico, la garantía a los derechos civiles, el buen gobierno” (Wittkopf 2004, pág.78).

En el 2008, las relaciones entre ambos estados se hacían más estrechas a partir de alianzas militares como la creación del United States Africa Command (AFRICOM), un

mando de combate unificado que tenía como objetivo “ desarrollar misiones diplomáticas, económicas y de ayuda humanitaria encaminadas a la prevención de conflictos en lugar de intervención militar” (AFRICOM, 2007). Este comando garantizó la seguridad no solo para Sudáfrica sino también para el resto de países de África ya que también entrenó y capacitó a las fuerzas militares de dicho país.

En cuanto a temas de seguridad se refiere, Sudáfrica tiene muchos beneficios al mantener sus relaciones bilaterales con Estados Unidos. Por ejemplo en el ámbito del tráfico de drogas y crimen organizado, los Estados Unidos han ayudado a combatir dicha problemática en la región con la firma de tratados de cooperación como “ declaration on mutual anti crime cooperation (1996), treaty on mutual legal assistance incriminal declaration on matter (1999), committee on justice and anti crime cooperation of the bi national commission (1999) y el entrenamiento por parte del FBI en el entrenamiento de la policía de Sudáfrica en cuanto a la lucha contra el terrorismo y el crimen organizado” (Buanewa 2007).

Todos estos beneficios se mantienen gracias a que Sudáfrica no va en contraposición de los intereses estadounidenses, de lo cual se desprende la otra razón por la cual Sudáfrica no implementó una política más agresiva frente a las farmacéuticas estadounidenses, y es que expulsar o competir con la industria farmacéutica sería ir en contraposición de los intereses estadounidenses, debido a las relaciones que existen entre las empresas farmacéuticas y el Gobierno. La llamada máquina comercial estadounidense “utilizó su riqueza para cooptar todas las instituciones que se cruzaran en su camino incluyendo al Congreso de los Estados Unidos, la FDA y centros médicos académicos”. (Angell 2006, pág.21).

La relación del gobierno estadounidense y las compañías farmacéuticas se fundamenta en que las compañías farmacéuticas cuentan con fuertes grupos de presión gubernamental, y “colaboran generosamente con campañas políticas, comprometiendo así a todo el gabinete de legisladores”. (Angell 2006, pág.24). En 1999 a 2000 por ejemplo, las

compañías farmacéuticas donaron “20 millones de dólares en contribuciones directas para campañas” (Angell 2006, pág.18).

Esta serie de beneficios han existido desde el gobierno de Reagan, quien durante su mandato aprobó diversas leyes en pro de ampliar los derechos de monopolio de las farmacéuticas. Una de ellas fue “la ley Hatch Waxman, la cual garantizó la exclusividad y monopolio de las empresas farmacéuticas en el mercado haciendo que el gobierno estadounidense también se beneficiara de los recursos económicos de monopolio y compartiera las regalías provenientes del negocio de las farmacéuticas.

En la medida en que se incrementaban las ganancias del 2000 al 2001 “aumentaba la influencia política de las empresas farmacéuticas, ejerciendo un control sin precedentes sobre sus contactos en el congreso” (Angell 2006, pág.34).

Las empresas farmacéuticas “fueron amistosas tanto con los republicanos como con los demócratas y con la Casa Blanca y el Congreso. The New York Times informó que en 1999 Jim Nicholson, entonces presidente del comité republicano nacional, le escribió a Charles A. Heimbold, entonces CEO de Bristol-Myers Squibb⁴: "Debemos mantener abiertas las líneas de comunicación si queremos seguir aprobando leyes que favorezcan a tu industria" (Angell 2006, pág. 217).

Podemos evidenciar los beneficios que obtienen los miembros del congreso de la industria farmacéutica, y viceversa. “Heimbold fue embajador en Suecia, y le pidió a los ejecutivos de Bristol-Myers Squibb, y a sus esposas, que cada uno le diera mil dólares a George W. Bush. El total de las contribuciones de la compañía a los republicanos fue de dos millones de dólares. Evidentemente, las "líneas de comunicación" se encuentran en excelente estado.” (Angell 2006, pág. 217).

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la industria farmacéutica tiene los llamados grupos de presión, es el denominado lobby norteamericano,⁵ que corresponden a

⁴ Compañía farmacéutica multinacional con sede en Nueva York.

⁵ Lobby: Es un grupo de personas que realizan acciones dirigidas a influir en la administración pública. (Ríos 2010, pág.2).

activistas cuyo trabajo es “merodear por los pasillos del poder de Washington para promocionar los intereses de las compañías farmacéuticas (Angell 2006, pág.218). Cabe decir que dichos activistas tienen relaciones con funcionarios gubernamentales y en su mayoría han sido congresistas.

Pese a la estrecha relación entre las farmacéuticas y el gobierno estadounidense, algunos presidentes como Clinton han buscado mecanismos para mitigar el problema del VIH/SIDA en Sudáfrica. El presidente Clinton estableció el Africa's Growth and Opportunity Act (AGOA) acuerdo que “promovía el libre comercio entre los Estados Unidos y los países del África subsahariana” (Lyman 2002, pág. 37). También las donaciones estadounidenses a los afectados por el VIH/SIDA.

Por su parte durante el gobierno de George W. Bush, en el 2004 se llevó a cabo el president's emergency plan for AIDS, que consistió en “una donación de 15 mil millones de dólares a Sudáfrica con el fin de mitigar la problemática del VIH en dicho país a través de la prevención del contagio, los cuidados paliativos y el cuidado de niños huérfanos y vulnerables (Lyman 2002, pág. 37).

De igual manera el apoyo de organizaciones como la OMS y ONUSIDA fueron evidentes en Sudáfrica. Por ejemplo, en el 2005 la OMS reveló las cifras del crecimiento de contagios por VIH/SIDA y Malaria y la falta de medicamentos para tratarlas. De esta manera facilitó el tratamiento con antirretrovirales casi "a 3 millones de personas, sin embargo sus esfuerzos no fueron exitosos ya que como afirmó Margaret Chan, Directora General de la OMS, " la austeridad económica era evidente y las iniciativas de los organismos como el Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la alianza GAVI y la propia OMS se enfrentaban a graves déficits financieros". (Organización Mundial de la Salud 2011, pág.1).

Teniendo en cuenta la cantidad de beneficios mutuos entre Estados Unidos y Sudáfrica, los intereses estatales del segundo primaron ante cualquier situación de emergencia social. Si bien el gobierno debía responder a las demandas de la población y a las organizaciones que clamaban una respuesta inmediata frente al acceso a los

medicamentos para personas enfermas del VIH SIDA entre otras enfermedades, lo hizo levemente y trató de mitigar la situación con políticas de salud pública incipientes, como la creación de empresas farmacéuticas genéricas o la apertura a la importación de medicamentos genéricos de otros países, entre otras medidas. Las cuales solo camuflaron el verdadero interés del Estado sudafricano de mantener relaciones cordiales con los Estados Unidos ya fuera por la cantidad de beneficios obtenidos durante la historia de sus relaciones bilaterales y los que pudieran obtener a futuro. Estas medidas fueron en su comienzo iniciativa de organizaciones como la OMS, quien presentó una propuesta " de suministro de medicinas y la fabricación de genéricos, sin embargo el inconveniente que presentó dicha propuesta fue que las farmacéuticas locales debían adecuarse a las legislaciones del régimen internacional de patentes por lo que adquirir tal derecho resultaba complejo"(Bioética 2006, pág.1), a esto se suma el costo de invertir en una industria farmacéutica propia.

Por esta razón Sudáfrica a diferencia de países como Brasil en India no llevó a cabo la abolición de los precios de los medicamentos patentados por Estados Unidos y tampoco produjo en gran medida medicamentos genéricos para contrarrestar dicha situación.

Pese a lo anterior el gobierno sudafricano ha implementado algunos cambios y transformaciones en su política de salud pública los cuales serán explicados en el siguiente capítulo.

3. EL COSTO PARA SUDÁFRICA DE CREAR SU PROPIA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Como se explicó en el capítulo anterior las decisiones del gobierno sudafricano en temas de salud pública fueron determinadas por el sistema de patentes estadounidense, debido a los altos costos que este suponía para los medicamentos que controlaban la principal problemática en Sudáfrica: el VIH/SIDA. De esta manera, aunque el gobierno se vio enfrentado a mitigar la situación sus acciones no fueron realmente determinantes pues su interés principal fue el de conservar las relaciones cordiales con Estados Unidos.

Este capítulo examinará las transformaciones en la política de salud pública sudafricana, describiendo algunos cambios implementados por el gobierno.

3.1 Las decisiones del gobierno sudafricano ante los altos costos de los medicamentos

Desde finales de los noventa algunas organizaciones como médicos sin fronteras, Red del Tercer Mundo, Oxfam International y la OMS, entre otras, reiteraron su posición a favor del libre acceso a los medicamentos en los países en vía de desarrollo, específicamente en Sudáfrica.

Ante dichas posiciones y teniendo en cuenta que la salud es un bien y un derecho fundamental que debe estar al alcance de toda la población, el gobierno sudafricano se vio en la necesidad de implementar políticas inmediatas al respecto. Para ello del 2000 al 2012 el gobierno transformó el foco de su política de salud pública caracterizada por la inacción y despreocupación, a una política que mitigara la situación a partir del fortalecimiento de una industria farmacéutica genérica, las importaciones de medicamentos de otros países como India y Brasil y diversos mecanismos de flexibilización con empresas farmacéuticas.

A finales de los noventa el gobierno de Mandela “autorizó el uso de importaciones y producción de medicamentos contra el SIDA, mediante las compañías sudafricanas bajo licencias obligatorias, con el objetivo de disminuir los costos de los tratamientos” (Giacaglia 2010, pág. 1). Ante esta decisión, en parte producto de una demanda judicial entablada por la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos de Sudáfrica, Estados Unidos

“amenazó a la administración africana con suspender toda la ayuda al desarrollo para su país” (Giaccaglia 2010, pág.11).

En respuesta Sudáfrica detiene el proceso, permitiendo que primen los intereses de Estados Unidos sobre los de su población. De manera que ambos estados llegaron a un acuerdo reconociendo que “the TRIPS Agreement was designed to ensure high levels of intellectual property protection while enabling governments to address national social needs (OMPI 2000, pág.16) sin dejar de lado los medicamentos patentados y sus altos costos.

En abril del 2001 las empresas farmacéuticas retiraron su demanda “representando un verdadero fracaso de sus pretensiones y un serio detrimento para su imagen. La única concesión realizada por el gobierno sudafricano fue el compromiso de adecuar sus acciones en las reuniones de la OMC” (Giaccaglia 2010, pág.11). El gobierno sudafricano por su parte, y a diferencia de lo que hicieron países como Brasil, estableciendo su propio sistema de patentes, enfatizó una política autónoma “rechazando durante varios años la asistencia técnica o financiera ofrecida por organizaciones internacionales como UNAIDS , FAO y Global family health international entre otras”.(Wogart y Calcagnotto 2006, pág. 25).De acuerdo a lo anterior la política de salud pública llevada a cabo por Sudáfrica se caracterizó por la adopción de un rol de aliado de Estados Unidos y no de las organizaciones civiles enfatizando su interés en mantener sus buenas relaciones con los primeros.

Y aunque las acciones del gobierno sudafricano por combatir los altos precios de los medicamentos no fueron muy evidentes debido a que dieron prioridad a los intereses de Estados Unidos, en el 2003 por ejemplo, el presidente Mbeki mitigó dicha situación con su participación en el foro trilateral IBSA, junto a India y Brasil. Este foro tenía como fin tratar diversas áreas de interés común, específicamente el tema sanitario (Giaccaglia 2010, pág.11) y pese a que “reiteraba la necesidad de facilitar el acceso a vacunas, medicamentos y tratamientos para la prevención y control de enfermedades infecciosas, destacando que “the flexibilities recognised by the Doha Ministerial Declaration on Trade Related Intellectual Property Rights (TRIPS) and Public Health, should be fully used to protect public health” (IBSA 2006, pág. 2) esta no era la motivación del presidente Mbeki.

Mientras Brasil adoptó una política de salud pública basada en la prevención y tratamiento del SIDA, e India “una política de fortalecimiento de industria genérica, los esfuerzos de Sudáfrica no fueron muy determinantes y se basaron en “aprender” del éxito brasileño” (De Sousa 2008, pág. 171). Pero con las limitaciones ya descritas. Y aunque organizaciones como la OMS reiteraban la necesidad de proveer medicamentos genéricos a la población, los recursos por parte de esta para hacerlo no suplían a todos los enfermos y lo máximo que logró fue presionar algunas farmacéuticas norteamericanas. Así, en el 2007 por ejemplo "la OMS consideró gratificante por medio de su comunicado la decisión de los laboratorios Abbott de reducir el precio de los medicamentos Ritonavir, entre otros retrovirales". (OMS 2007, pág.1)

El temor a sufrir retaliaciones por parte de Estados Unidos o sus farmacéuticas fue uno de los factores que freno cualquier avances en el tema, pues existían algunos antecedentes como en el caso de India, donde las consecuencias de a haber afectado el mercado estadounidense en dicha región fueron evidentes cuando Estados Unidos decidió llevar el caso ante la OMC, la cual estableció una multa de “500 millones de dólares al laboratorio indio Ranbaxi, productor de medicamentos genéricos, argumentando que este no cumplía con los estándares de calidad en sus medicamentos “. (Mirada profesional 2013, párr. 1).

La naciente industria farmacéutica sudafricana por su parte no estuvo en condiciones de enfrentar las mismas represalias que padecieron India o Brasil, ya que carecía de los recursos para pagar posibles multas.

3.2 El fortalecimiento de la industria farmacéutica sudafricana 2000 – 2012.

El acceso a los medicamentos en Sudáfrica del año 2000 al 2012 era algo complejo e ilusorio para los enfermos de VIH/SIDA y Malaria debido a los exorbitantes costos impuestos por el sistema de patentes estadounidense. En la mayoría de los casos las personas no podían pagarlos y “se vieron obligados a renunciar al producto y convivir con el resultado, que en muchos casos fue la muerte”. (Nwobike 2003, Pág. 2). Ante esta situación el gobierno sudafricano se vio en la necesidad de ejecutar medidas que

flexibilizaran los acuerdos de propiedad intelectual (ADPIC) siempre y cuando sus acciones no crearan resistencia por parte de las farmacéuticas estadounidenses y represalias por parte de su gobierno.

A finales de los noventa el gobierno sudafricano aprobó la “Medicines and Related Substances Control Act (*Ley de Medicamentos*) N^o. 90, el acta introdujo cuatro elementos importantes para contener los altos costos de los medicamentos: 1. la sustitución de versiones genéricas para las medicinas patentadas, 2. El establecimiento de un comité de precios para la definición de precios transparentes, 3. La importación de medicamentos a menor precio de otros países (importación paralela) y 4. el permiso para la competencia internacional”. (Nwobike 2003, pág. 2).

Sin embargo las empresas farmacéuticas estadounidenses rechazaron dicha declaración y afirmaron que los cambios sugeridos “eran una discriminación injusta e inconstitucional al libre comercio, y que dichos cambios se oponían al artículo 27 del acuerdo de propiedad intelectual ADPIC”. (Nwobike 2003, pág. 2).

Ante esta situación, el gobierno sudafricano no ejecutó medidas determinantes ya que temía resquebrajar sus relaciones con Estados Unidos como pasó en Brasil en el año 2000, cuando la pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) “presentó peticiones ante el representante del comercio de Estados Unidos alegando el incumplimiento de las reglas de patentes mundiales, lo cual ubicó a Brasil en la Special 301 Priority Watch List, una pequeña lista de candidatos a sanciones comerciales “ (Nwobike 2003, pág. 2).

Por su parte, fue la Organización de la sociedad civil sudafricana TAC (Campaña de acción para el tratamiento) quien se opuso fuertemente a las farmacéuticas extranjeras, las cuales en el 2001 retiraron las demandas impuestas con el fin de prevenir que la comunidad internacional conociera sus verdaderos costos de investigación y desarrollo, los cuales justificaban los altos precios de sus medicamentos. En el mismo año y ante dicha situación el gobierno sudafricano dio lugar a su propia industria farmacéutica genérica la cual permitiría el fácil acceso a los medicamentos por medio de copias exactas y con un

menor precio. Sin embargo “después de que el Estado se percató de las implicaciones y de los potenciales conflictos que podría atraer esta medida, particularmente el hecho de que podría llevar a falsificaciones incontroladas, la propuesta fue retirada sin éxito.” (Smith 2002, pág. 258).

Otra de las transformaciones en cuanto a salud pública implementadas por el gobierno sudafricano fue el intento de limitar los derechos de patentes con el fin de que sus habitantes enfermos tuvieran acceso a medicamentos con precios bajos, sin embargo esta medida tampoco fue exitosa ya que las farmacéuticas estadounidenses se valieron de los postulados de ADPIC específicamente de su artículo 33 relacionado con la duración de la protección.⁶

Los intentos por fortalecer su propia industria farmacéutica genérica no tuvieron los resultados esperados por las organizaciones civiles, y aunque Sudáfrica también tenía el derecho a crear y patentar sus propios medicamentos debido al establecimiento de la “la ley de patentes no 57 de 1978” (Smith 2002, pág. 258) estas acciones eran infructuosas ya que ninguna de sus creaciones para el VIH/ SIDA superaba las invenciones estadounidenses.

Aunque el gobierno sudafricano mitigó la problemática con sus fallidos intentos de distribución de medicamentos genéricos, las organizaciones civiles internas conocían los verdaderos intereses detrás de sus acciones. Una de estas organizaciones fue la PMA (la asociación de fabricantes de farmacéuticos en Sudáfrica) que se opuso en gran medida a las acciones del presidente Mbeki “debido al inconformismo frente a la decisión por parte del presidente al no declarar en estado de emergencia la situación de VIH en el país” (Smith 2002, pág. 265). Esta posición adoptada por el mandatario ratificaba su interés de mantener las relaciones cordiales con Estados Unidos respetando su sistema de patentes. Cabe mencionar que el gobierno sudafricano no apeló al estado de emergencia plasmado en

⁶ Artículo 33 ADPIC referente a la duración de la protección de las patentes. La protección conferida por una patente no expiará antes de que haya transcurrido un periodo de 20 años desde la fecha de presentación de la solicitud. (WTO 1995, pág.1).

los ADPIC, única forma de frenar las leyes de patentes y permitir el acceso de medicamentos genéricos.

Aunque Sudáfrica logró producir algunos medicamentos genéricos para el año 2001 por medio de sus empresas farmacéuticas como Adcock Ingram, el gobierno de Bush “solo estaba dispuesto a permitir que Sudáfrica fabricara genéricos para un número limitado de enfermedades pero no podrían importarlos, sin embargo esto fue una concesión vana ya que los países pobres como Sudáfrica no pudieron establecer plantas industriales fuertes para dicha época⁷” (Angell 2006, pág.226) ante esto el gobierno sudafricano no estaría dispuesto a sufrir represalias económicas por parte de Estados Unidos y/o la misma OMC.

3.3 La importación de medicamentos de India y Brasil

Ajustándose a las condiciones estadounidenses y garantizando al tiempo la salud de la población, el gobierno sudafricano no cambió el precio de los medicamentos patentados sino que modificó el rol del comprador, es decir subsidió a millones de sudafricanos quienes costeaban a duras penas sus propias medicinas. Así, El gobierno asignó un presupuesto inicial de “296 millones de rands” (Afronews 2004) en programas para vencer la desnutrición, la malaria y el VIH/ SIDA. Además, en abril del mismo año se comenzaron a distribuir de forma gratuita fármacos antirretrovirales en hospitales públicos, “empezando con 50.000 pacientes y ampliando su cobertura progresivamente en los próximos años, de manera que para 2009 los beneficiarios de los ARV alcanzasen los 1,4 millones”. (Afronews 2004).

Aunque dicha medida logró mitigar la problemática, la población aún seguía inconforme pues argumentaban que el gobierno no estaba dando todo lo que tendría a su alcance para abolir el sistema de patentes estadounidense en Sudáfrica.

En búsqueda de otra medida de moderación y ante la presión de TAC y médicos sin Fronteras, Sudáfrica permitió la importación de medicamentos genéricos de Brasil. Sin

⁷ Cabe anotar que años posteriores las empresas farmacéuticas sudafricanas crecieron incluso hasta ser multinacionales pero siempre respetando la presencia de compañías estadounidenses y sus derechos de patentes en la región.

embargo fue Médicos sin Fronteras en el 2003 quien “firmó un acuerdo con el ministerio de salud de Brasil permitiendo la compra directa de medicamentos antirretrovirales producidos por dicho país, lo que permitió reducir el precio de los medicamentos a la mitad (Ambiente ecológico 2004). De acuerdo a lo anterior aunque el gobierno conocía estas decisiones, fue MSF quien respaldó todo el proceso de importación y de ingreso de medicamentos a Sudáfrica. En el 2003 MSF “introdujo los antirretrovirales AZT, 3TC, AZT/3TC, y nevirapina producidos por FarManginhos. Al usarlos se redujo el precio a la mitad por paciente cada día (desde 3,20 dólares hasta 1,55 dólares)” (Ambiente ecológico 2004, párr.1).

En la misma línea de lo acontecido con Brasil, Sudáfrica intentó importar medicamentos genéricos de India, pero las empresas farmacéuticas estadounidenses tomaron represalias al respecto. De acuerdo a lo anterior, India fortaleció su mercado de genéricos antirretrovirales para el VIH / sida, sin embargo dichos medicamentos se enfrentaron al gigante estadounidense productor de la misma droga: Novartis. Así, Novartis legalizó una demanda judicial contra el gobierno indio y aunque Sudáfrica tuvo ciertos esfuerzos al reformular las bases de gobernabilidad mundial en materia de salud el gobierno prefirió no arriesgar sus relaciones con los Estados Unidos”. (Giaccaglia 2010. Pág. 302).

Refiriéndonos a la problemática del VIH / SIDA, mientras que Brasil “adoptó una política eficiente en la prevención y el tratamiento de la enfermedad e India desarrolló una potente industria de medicamentos genéricos, Sudáfrica no logró los mismo resultados, por su parte solo tuvo cierto “interés de importar medicamentos y aprender del éxito brasileño”. (De Sousa 2008, pág. 171).

Finalmente, si bien el gobierno sudafricano reconoció la problemática que significaba el VIH/ SIDA en la población del 2000 al 2012, sus acciones solo respondieron a presiones internas tanto de las organizaciones civiles como de la población afectada. Así el gobierno se vio obligado a transformar su política de salud pública a través de medidas como la importación de medicamentos de Brasil e India, fabricación de genéricos internamente y otra serie de medidas como subsidios, sin embargo los resultados no

solucionaron la problemática debido al interés del gobierno en mantener sus relaciones cordiales con los Estados Unidos y el temor a sufrir represalias como las que tuvieron India y Brasil en su afán de establecer su propio sistema de patentes interno.

Para Sudáfrica oponerse a las empresas farmacéuticas implicaría automáticamente la oposición a los Estados Unidos dado que existieron diversos intereses entre el gobierno estadounidense y los principales CEO de las empresas.

CONCLUSIONES

El sistema de patentes estadounidense ha sido uno de los factores que ha impedido el surgimiento de políticas públicas efectivas en materia de salud en Sudáfrica con el fin combatir el SIDA y brindar un mayor acceso a medicinas para su tratamiento y el de otras enfermedades. Esto se debe principalmente a que una de las medidas que podría contribuir a este fin sería oponerse a este sistema a través de la creación de una industria genérica local y la sustitución de importaciones de estos fármacos de otros países que producen los mismos medicamentos, lo cual iría en detrimento de los intereses de las grandes farmacéuticas y por extensión de los Estados Unidos afectando las relaciones bilaterales de los dos países.

Como se ha visto a lo largo de esta investigación, Sudáfrica no ha querido confrontar el sistema de patentes estadounidense y reducir los costos de los medicamentos para combatir la problemática del VIH/SIDA y mitigar así dicho problema, por dos razones: En materia interna, debido a que no cuenta con los recursos humanos, de infraestructura y la capacidad económica para crear y desarrollar una industria farmacéutica competitiva.

Y por otro lado, debido a las consecuencias que tendría en sus relaciones con los Estados Unidos, ya estas podrían verse afectadas y Sudáfrica podría terminar enfrentándose a situaciones como las vividas por Brasil e India al momento de desafiar a las grandes farmacéuticas. En estos casos ambos Estados se enfrentaron a demandas y sanciones económicas que tuvieron que pagar.

Teniendo en cuenta el ámbito interno, el gobierno sudafricano mitigó levemente la problemática a partir de la creación y desarrollo de una incipiente industria farmacéutica genérica. Otras acciones al respecto fueron la distribución de antirretrovirales y campañas de prevención. Sin embargo la situación económica interna y los millones de rands invertidos en infraestructura de atención médica no dieron abasto para toda la población enferma.

De igual manera la participación de organizaciones internacionales como Médicos Sin Fronteras, TAC y la OMS contribuyeron a mitigar la problemática. Esta última ocupó un papel determinante ya que los resultados arrojados de sus investigaciones ponían en alerta a la comunidad internacional, por lo cual sus acciones se enfocaron a las acciones preventivas y a concientizar a las farmacéuticas estadounidenses de la necesidad de brindar tratamientos accesibles. Estas medidas fueron determinadas en la declaración de 2007 de la Directora Margaret Chan respecto.

Esta presión contribuyó a que algunas farmacéuticas ejecutaran acciones en pro de la población padeciente del Virus. Por ejemplo, en el 2007 la OMS “acogió la propuesta de los Estados Unidos de destinar 30 millones de dólares a planes de emergencia” (OMS 2007, pág.1). Sin embargo la colaboración por parte de estos organismos no controlaba la problemática en su totalidad pues tampoco podría contraponerse a los estatutos de la OMC ni a las farmacéuticas apoyadas por su propio gobierno.

Por otro lado y refiriéndonos a la situación externa, el gobierno sudafricano tuvo presente el fuerte lazo entre las farmacéuticas y el gobierno estadounidense. Por un lado las compañías farmacéuticas financiaban continuamente campañas y partidos políticos además de inyectar ingresos económicos en temas estatales, y por el otro, el gobierno respondía a tales ayudas a partir de flexibilidad en leyes de patentes, otorgando derechos de hasta 20 años para comercializar medicamentos patentados. Así, cualquier oposición por parte del gobierno sudafricano a la industria farmacéutica estadounidense suponía la contraposición inmediata con los Estados Unidos.

Refiriéndonos al caso de India y Brasil, hubo oposición por parte del gobierno a los altos costos de los medicamentos estadounidenses y por ende a sus empresas farmacéuticas. Ante esto, decidieron consolidar su política de salud pública a partir de la creación de su propia industria genérica farmacéutica, llegando incluso a exportar medicamentos a países con problemas de salud graves. Dichas acciones significaron un desafío para el gobierno estadounidense y para sus empresas farmacéuticas ya que limitaron su monopolio en el mercado.

Así, el gobierno estadounidense tomó represalias valiéndose de los acuerdos ADPIC de la OMC. En estos acuerdos el tiempo estipulado para duración de las patentes era de estricto cumplimiento exceptuando casos donde existieran emergencias de salud. Para Estados Unidos, ni en Brasil ni en India existían situaciones extremas por lo que crear su propia industria farmacéutica fue una violación a los acuerdos de propiedad intelectual y un irrespeto para su sistema de patentes.

Estados Unidos estableció demandas ante la OMC para el caso de Brasil y para el caso de India. Dichas demandas fueron sorteadas por los países implicados ya que contaban con una economía que contribuía a controlar dichos inconvenientes. Por su parte, las relaciones entre estos países y Estados Unidos logró resquebrajarse.

Sudáfrica por su parte no estuvo en condiciones de seguir los pasos de India y Brasil pues prefirió mantener sus relaciones cordiales con Estados Unidos antes que llevar su caso ante la OMC y lograr un triunfo que no podría sortearse más adelante debido a su situación económica. Además del temor a las denuncias y las posibles multas, el gobierno sudafricano temió perder los beneficios que tiene gracias a sus relaciones bilaterales con Estados Unidos, especialmente en materia de seguridad y en materia económica.

BIBLIOGRAFÍA

Angell, A. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Bogotá: Norma.

Bangura A. (2001). *United States-African Relations: The Reagan-Bush Era*. New York, NY: Peter Lang Publishing.

Perez, P. (1990). *Industria farmacéutica y patentes*. España: oficina española de patentes.

Capítulos de libros

Becker, E. (2003). Some facts about patents in the TRIPS era. En *Pact to help poor nations obtain drugs is delayed* (págs. 59 – 62). Nueva York: ed Boston Glove. Disponible en:

<https://www.law.kuleuven.be/icr/iir/nl/activiteiten/documentatie/OldActivities/sterckx.pdf>

Byrnes, R. (1996). The Society and its environment. En *South Africa: A Country Study* (págs. 240- 252). Washington: library of congress. Disponible en: [http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field\(DOCID+za0044\)](http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field(DOCID+za0044)).

Calzadilla, G. (2007). Políticas de los estados para la supervivencia. En *Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso* (págs.2- 4). Cuba: ed Med Milit. Disponible en: http://bvs.sld.cu/mil/vol36_3_07/mil08307.pdf

Romero, F. (2002). Algunos elementos en torno a las características de los medicamentos y la industria farmacéutica. En *Los medicamentos, las empresas transnacionales y los*

derechos de propiedad intelectual (pág.6- 14). Cuba: ed Bioética. Disponible en:
<http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Antonio1.pdf>.

Publicaciones Académicas

Arnold, M. (1992). Engaging South Africa after Apartheid. *Foreign Policy*. (38), 54-56.

Disponible en:
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/20045816?uid=2129&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104602884493>.

Bezruchka, S. (2000). ¿Is globalization dangerous to our health?. *Western journal of medicine*. (5), 332-334. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070886/>.

Bonafont X, Codina C, Monteverde J, Jodar R. (1999). La evaluación del coste de los medicamentos antirretrovirales. *Revista Cubana de Farmacia*. (38) 2- 10.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152004000300011&script=sci_arttext

Gómez, A. (2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Revista bioética*, (11), 23-34. Disponible en:
http://depa.fquim.unam.mx/amyd/archivero/Dilemasfarma_21098.pdf.

Frank, R (2007). The ongoing regulation of generic drugs. *The new England journal of medicine*, (367), 2-6. Disponible en: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=11667>.

Golec J, Vernon JA (2007). New estimates of pharmaceutical research and development spending by US-based firms from 1984 to 2003. *Managerial Decision Economics*. (28), 2-7. Disponible en: <http://www.econbiz.de/Record/new-estimates-of-pharmaceutical-research-and-development-spending-by-us-based-firms-from-1984-to-2003-golec-joseph/10007764365>.

Marmor, T (2009). The Obama administration's options for health care cost control: hope versus reality. *Ann Intern Med*. 2009, (1), 1-2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19258549>.

Paez, R. (2011). La investigación de la industria farmacéutica ¿ condicionada por los intereses de mercado?. *Centro de estudios de Bioética*, (17), 1-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2011000200010&script=sci_arttext

Espinoza, J (2004). .Análisis de la problemática para la adquisición de los antirretrovirales VIH en los países del tercer mundo. *Cubana Med Gen*, (20), 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400008

Publicaciones periódicas no académicas

Brown, D (2006, 5 abril). GAO Criticizes Bush's AIDS Plan. *The Washington Post*, pág.1.
Disponible en:<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/04/04/AR2006040401628.html>

Witt, K (1993, 6 de junio). Black Lobby Group to Include Foreign Policy. *New York Times*, pág.1.
Disponible en: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9F0CE1DE1538F935A35755C0A965958260>.

El millonario negocio de los medicamentos. (2007,28 de Enero). *The economist*, pág. 1.

Medicinas para curar o negociar. (2007, 29 de Junio) *Boletín de fármacos*. pág.2

Problemas de acceso a los medicamentos en los países poco desarrollados. (2004, 8 de Junio). *Boletín fármacos*. pág. 1.

Bell, G (2006, 1 de junio). US-Southern Africa free trade pact seen unlikely. *Reuters*, pág. 1.
Disponible en: http://www.citizenstrade.org/pdf/reuters_sacuftaseenunlikely_06012006.pdf.

South Africa plan to improve trade, fight crime. (1999, 18 de febrero). *CNN News*, pág.1.
Disponible en : <http://www.cnn.com/WORLD/africa/9902/18/us.sa.talks/>.

Cheap drugs from Canada: another political hot potato. (2003, 23 de Octubre). *The New York Times*. Pág. 3

Otras publicaciones

ONUSIDA, 2007: “AIDS Epidemic Update” , Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud

Bibliografía consultada

- CEPAL. (1994). Salud, equidad y transformación productiva. (Publicación no 41). Washington: Organización Panamericana de salud.
- OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo. Suiza: Organización mundial de la salud.
- OMS (2008). Toward universal access scaling up priority HIV interventions in the health sector. Suiza: Organización Mundial de la salud.
- OMS (2007). Informe sobre la salud en el mundo un porvenir más seguro. Suiza: Organización Mundial de la salud.
- OMS (2007). Medicamentos esenciales. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/es/>.

ANEXOS

Anexo 1. Gráfica. Comercio entre Estados Unidos y Sudáfrica entre 1994 y 2007.

Comercio entre Estados Unidos y Sudáfrica entre 1994 y 2007 (en millones de dólares)



: Oficina del Censo de los Estados Unidos – <http://www.census.gov/foreign-trade/balance/c7910.html>)

Fuente: (Census.gov 2010)