



AMÉRICA LATINA

AUDIENCIA SOBRE
ACCESO A MEDICAMENTOS
CELEBRADA POR
LA COMISIÓN
INTERAMERICANA
DE DERECHOS
HUMANOS (CIDH)





Realização



Apoio





**AMÉRICA
LATINA**

AUDIÊNCIA SOBRE
ACCESO A MEDICAMENTOS
CELEBRADA POR
LA COMISIÓN
INTERAMERICANA
DE DERECHOS
HUMANOS (CIDH)

ORGANIZAÇÃO:

Felipe Fonseca
Pedro Villardi
Yusseff Abraham

PROJETO GRÁFICO, CAPA
E DIAGRAMAÇÃO:

Sergio Rossi

FOTOS:

Antonio Cordoba/CIDH

WWW.DEOLHONASPATENTES.ORG

TWITTER.COM/GTPI

FACEBOOK.COM/GTPI.REBRIP

YOUTUBE.COM/USER/GTPIREBRIP

Realização



Apoio



É PERMITIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA
PUBLICAÇÃO, PARA FINS NÃO COMERCIAIS, DESDE QUE
CITADA A FONTE E A AUTORIA.



RESUMEN

**AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL SOBRE LA FALTA DE ACCESO A
MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS CELEBRADA POR LA COMISIÓN
INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)..... 9**

RESUMEN DE LA AUDIENCIA..... 25

**INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO A
MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS..... 43**

**ADJUNTO I — ESTÁNDARES DEL SISTEMA INTERAMERICANO SOBRE EL
DERECHO A LA SALUD..... 55**

ADJUNTO II — OTROS DOCUMENTOS RELEVANTES..... 59


**ADJUNTO III — ESTÁNDARES INTERNACIONALES SOBRE EL DERECHO AL
ACCESO A MEDICAMENTOS..... 61**





AMÉRICA LATINA

**AUDIENCIA SOBRE
ACCESO A MEDICAMENTOS
CELEBRADA POR
LA COMISIÓN
INTERAMERICANA
DE DERECHOS
HUMANOS (CIDH)**



AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL SOBRE LA FALTA DE ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS CELEBRADA POR LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)

El día 6 de diciembre de 2016 en el marco del 159° Periodo Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), celebrado en la Ciudad de Panamá, tuvo lugar la audiencia temática regional para exponer la magnitud, las causas, algunos casos concretos y las propuestas de solución del problema de la falta de acceso a medicamentos a nivel global y en las Américas.

La solicitud de audiencia la presentamos 25 organizaciones latinoamericanas,



de las cuales 7 son redes internacionales¹ y 18 organizaciones nacionales² de 6 países, quienes con base en las propuestas

contenidas en el libro “La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso”, de Germán Holguín Z., Director General de Misión Salud, elaboramos los planteamientos esenciales de la solicitud de audiencia.

1 Alianza LAC - Global por el Acceso a Medicamentos, Asociación civil Acción Internacional para la Salud Latinoamérica y el Caribe (AIS LAC - Sede en Perú), Cáritas América Latina y el Caribe, Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM - Departamento de Justicia y Solidaridad del CELAM) (Latinoamérica), Hermanas Misioneras Médicas para América Latina, International Treatment Preparedness Coalition Latin American and Caribbean (ITPC-LAT-CA) y Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (Red-LAM).

2 Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA - Brasil), Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN - Colombia), Comisión Colombiana de Juristas (CCJ - Colombia), Comité para la Veeduría y Cooperación en Salud (CVCS - Colombia), Conectas Direitos Humanos (Brasil), Conferencia Episcopal de Colombia (CEC - Colombia), Federación Médica Colombiana (FMC - Colombia), Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP - Argentina), Fundación Ifarma (Colombia), Gestos Soropositividade, Comunicação e Gênero (Brasil), Grupo de Investigación “Derecho y Desarrollo: Prometeo”, adscrito a la Unidad de Investigaciones Jurídico Sociales UNIJUS de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. (Colombia), Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro (GPV-RJ - Brasil), Misión Salud (Colombia), Pastoral da Aids Rio de Janeiro (Brasil), Rede Jovem Rio+ (Brasil), Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids - Núcleo São Luís-MA (RNP+ SLS-MA - Brasil), Salud y Fármacos (Estados Unidos) y Universidades Aliadas por Medicamentos Essenciais (UAEM - Brasil).

En el transcurso de este proceso la Asociación Comunidad Hepatitis C Uruguay, la Dirección Nacional del Sector Social de los Jesuitas em República Dominicana y el Observatorio del Medicamento de la Federación Médica Colombiana se sumaron a la iniciativa y la Red de Acción frente a la Resistencia Bacteriana, ReACT Latinoamérica, nos acompañó y difundió tanto en inglés como en español todas las actividades en el marco de la audiencia. La coordinación, tanto de la solicitud como de la logística y el desarrollo de la audiencia, fue liderada por Misión Salud (Colombia).

A continuación se puede comprobar la petición en su totalidad presentada a la CIDH.



PETICIÓN PRESENTADA A CIDH



BOGOTÁ, 18 DE ENERO DE 2016

M.SC. EMILIO ÁLVAREZ ICAZA
SECRETARIO EJECUTIVO
COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS 1889
F ST. N.W. WASHINGTON, D.C.
USA 20006

Ref.: Solicitud de audiencia temática regional sobre la falta de acceso a medicamentos necesarios

Estimado Secretario Ejecutivo de la CIDH:

Las organizaciones abajo firmantes nos dirigimos a usted y, por su intermedio, a la Honorable Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH), al amparo de los artículos 61, 62 y 66 de su Reglamento, para solicitarles tengan a bien conceder y convocar a una audiencia temática sobre la falta de acceso a medicamentos necesarios para la salud y la vida en América Latina y el Caribe, en el marco del 157° periodo de sesiones que se llevará a cabo en Washington, Estados Unidos, del 4 al 8 de abril de 2016.

Puesto que desde nuestras distintas áreas de trabajo somos testigos y víctimas de la falta de medicamentos necesarios y asequibles en Estados americanos, de las causas de esta situación, del drama humano que esto genera especialmente entre las poblaciones más vulnerables, y de las posibilidades que existen para los actores nacionales e internacionales para contrarrestarlo, la

meta central de la audiencia sería visibilizar el problema a nivel regional como una negación del derecho fundamental a la salud y la vida y proponer soluciones que lo aborden de raíz para avanzar efectivamente en su superación.

Los objetivos específicos de la audiencia son:

- i.** Presentar la situación de la falta de acceso a medicamentos necesarios en América Latina y el Caribe, lo que entraña una negación del derecho fundamental a la salud y la vida;
- ii.** Examinar las causas de dicha carencia, en orden a identificar aquellas susceptibles de medidas correctivas, y
- iii.** Presentar propuestas sobre posibles soluciones dirigidas a superar la condición de enfermedad, sufrimiento y discapacidad que padecen millones de personas en la región, y salvar la vida de cientos de miles de ellas cada año.

Con miras al cumplimiento de estos objetivos, durante la audiencia presentaremos un documento ilustrativo de la magnitud del problema en América Latina y el Caribe, así como algunos casos em-

blemáticos de ataque a medidas que buscan garantizar el acceso a medicamentos en países de la región.

Con relación a las propuestas de solución que presentaremos, consideramos que servirán para sentar las bases del seguimiento de la audiencia y la colaboración, a corto y mediano plazo, entre la sociedad civil de la región y la propia CIDH.

Reconociendo que la presente solicitud es consistente con la competencia de la CIDH, presentamos a continuación un acercamiento a las reflexiones que desarrollaremos durante la audiencia.

EL CONTEXTO



La falta de medicamentos es el más grave problema de salud pública que enfrenta hoy el planeta, no sólo porque compromete el derecho a la salud y la vida, sino porque afecta a más de 2.000 millones de personas,¹ la mitad de las cuales prácticamente no conoce estos bienes necesarios y la otra mitad no tiene acceso a ellos cuando los requiere.²

La carencia de medicamentos se da prácticamente en todas las enfermedades y se traduce en altos niveles de morbilidad y sufrimiento, y, según estimados de la OMS, en la muerte evitable de más de 10 millones de personas cada año.³ Una cifra no registrada por ningún otro acontecimiento en la historia universal, incluidas las dos

guerras mundiales y el Holocausto.⁴

Para sólo citar un ejemplo, en VIH/SIDA de 36,9 millones de personas que vivían con el virus en el mundo al final de 2014, sólo 15,8 millones tenían acceso al ARV en junio de 2015.⁵ Esta falta de acceso contribuyó a que en el 2014 murieran por causa de esta enfermedad 1,2 millones de personas.⁶

América Latina no es una excepción. De los 580 millones de habitantes que hay en la región, de acuerdo con la OMS 230 millones (el 40%) no cuentan con seguro de salud y 125 millones (el 21%) carecen de acceso permanente a los servicios básicos de salud.⁷ Como resultado de esta penuria, según la OPS en la región ocurren anualmente 700.000 muertes evitables.⁸ Una situación similar ocurre en la región del Caribe.

La normativa internacional entiende el derecho al acceso a los medicamentos como uno de los elementos fundamentales para que se logre progresivamente el ejercicio pleno del derecho a la salud⁹. Los países tienen la obligación tanto de tomar medidas para la realización progresiva de

4 Holguín, G., Op. cit. p. 54.

5 <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSChange-deverything/factsheet>

6 Ibid

7 OIT/OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. 1999. Citado por: OPS. Guía para la implementación de Estrategias de Medicamentos Genéricos en los países de América Latina y El Caribe como mecanismo para mejorar el Acceso a Medicamentos. [En línea]. Washington, D.C.: OPS; 2011 Jun. p. 25. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19196es/s19196es.pdf>

8 OPS citado por: Departamento de Justicia y Solidaridad. Discipulos Misioneros en el mundo de la Salud - Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y El Caribe. Bogotá, D.C.: Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM); 2010. Punto 60.

9 UNITED NATIONS. GENERAL ASSEMBLY. HUMAN RIGHTS COUNCIL. Resolution 12/24. Access to medicine in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/RES/12/24. Paragraph 1. (2009).

1 OMS. Estrategia Farmacéutica de la OMS – Lo esencial son los países 2004 – 2007. [En línea]. OMS. 2004. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5522s/1.html>

2 Holguín, G. La guerra contra los medicamentos genéricos: un crimen silencioso. Bogotá, Colombia: Penguin Random House Grupo Editorial, SAS. Aguilar. 2014: p. 53.

3 OMS. Estrategia Farmacéutica de la OMS – Lo esencial son los países 2004 – 2007. Op. cit.



este derecho como de respetar, proteger y cumplir el derecho a la vida, en particular garantizando el acceso a los medicamentos necesarios.

Por esta razón, resulta indudable que el tema es de gran actualidad y de vibrante interés para los países de la región, así como para el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH).

CAUSAS DEL PROBLEMA

Es evidente que la pobreza es un factor subyacente en este drama, ya que sirve de excusa a ciertos países no solo para abstenerse de invertir en la investigación de tecnologías médicas que respondan a las necesidades sanitarias de su población, sino también para no adquirir los productos sanitarios básicos en cantidad suficiente.¹⁰ Reconociendo esta realidad, hay tres causas que, al acrecentar la desigualdad y la exclusión, maximizan la dificultad de satisfacer el derecho fundamental a la salud y que, por depender de la voluntad del ser humano, lo convierten en un suceso éticamente censurable y jurídicamente condenable. Ellas son:

- i. Falta de I+D de tecnologías médicas aptas para prevenir, diagnosticar y tratar la mayor parte de las enfermedades prevalentes en los países;
- ii. Los altos precios de los medicamentos, especialmente de los medicamentos pioneros, y

- iii. El bloqueo del acceso a los medicamentos genéricos.

PRIMERA CAUSA: FALTA DE I+D DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS APTAS PARA PREVENIR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR LA MAYOR PARTE DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LOS PAÍSES.

En lo que respecta a los países de medianos y bajos ingresos, atender las enfermedades propias de ellos, dentro de las cuales se encuentran las enfermedades tropicales olvidadas (leishmaniasis, dengue, cólera, el mal de Chagas, etc.), requiere de importantes esfuerzos tanto en la prevención de las mismas, por medio de políticas sanitarias que sistematicen el uso de herramientas costo/efectivas, tales como los mosquiteros, saneamiento de agua, uso de repelentes, mejoramiento de las condiciones de vida, etc., como en el desarrollo y mejoramiento de tecnologías sanitarias aptas para prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar a aquellas personas que las estén padeciendo.

De acuerdo con lo diagnosticado por el Grupo Consultivo de Expertos sobre Investigación y Desarrollo: Coordinación y Financiación (CEWG, por su sigla en inglés), establecido por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en su resolución WHA63.28, la razón de la falta de innovación y desarrollo en tecnologías médicas aptas para atender tales enfermedades está en el sistema actual de incentivos a la I+D en salud, el cual está basado en la expectativa del inventor de patentar su invención y cobrar por el producto altos precios de monopolio, lo que le permite recuperar su inversión y obtener unas utilidades frecuentemente exageradas.¹¹

¹⁰ Según la OMS, de los 4.800 millones de personas que integran la población del mundo en desarrollo, 2.700 millones (56%) perciben ingresos por debajo de dos dólares al día. Resolución WHA 61.21 (AMS). 2008 May 24. Contexto No. 2.

¹¹ OMS, Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desa-

Como es obvio, este sistema de incentivos hace que los recursos destinados a investigación médica se concentren en el desarrollo de medicamentos para enfermedades de las que pueden obtenerse grandes ganancias (“medicamentos negocio”), dejando por fuera las necesidades sanitarias reales a nivel global. En palabras de un alto ejecutivo de Bayer,

“Nosotros no desarrollamos medicamentos para los indios. Lo hacemos para pacientes occidentales que puedan pagarlos”.^{12 13}

Para revertir esta situación, el CEWG, tras reconocer la existencia de este *desequilibrio fatal*¹⁴ y el fracaso del sistema de incentivos vigente, ha recomendado crear un sistema de incentivos alternativo, desligado de las patentes y los altos precios, por ejemplo un fondo internacional público, alimentado por un pequeño porcentaje del PIB de todos los países, que daría cuantiosos premios económicos a los inventores de tecnologías destinadas a las enfermedades prevalentes en los países de medianos y bajos ingresos. Las innovaciones así financiadas serían consideradas “bienes públicos”, esto es, libres de obstáculos de

propiedad intelectual.¹⁵

Aunque pareciera imposible, la verdad es que el fracaso del modelo de I+D basado en patentes es evidente también en los medicamentos para las enfermedades prevalentes en los países de altos ingresos, donde los altos precios derivados de las patentes están poniendo en jaque la sostenibilidad financiera de sus sistemas de salud. Tal es el caso, por ejemplo, de los medicamentos oncológicos, de medicamentos para el tratamiento para la hepatitis C y de los medicamentos biotecnológicos, cuyos precios inasequibles citamos más adelante.

Es claro que la implementación de la iniciativa del CEWG necesita ser replanteada para incluir las necesidades de los países de altos ingresos e implica la negociación de un Convenio Global sobre I+D en Salud. Esto último no ha sido posible y los debates al interior de la Asamblea Mundial de la Salud han sido aplazados¹⁶ por falta de voluntad de algunos países líderes.

Los organismos regionales encargados de la promoción y protección de los derechos humanos tienen el potencial de aportar hacia la transformación de este estancamiento, contribuyendo efectivamente mediante el diálogo con dichos países líderes y motivando a los países de América Latina y el Caribe para que formen un frente unido y sólido alrededor del impulso al Convenio Global.

rollo: Financiación y Coordinación (CEWG). Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales. Informe final. [En línea]. OMS. 2012 Abr. Versión en español. Disponible en: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_ES.pdf

Benito, E de. “No creamos medicamentos para indios sino para los que pueden pagarlos”. [En línea].

13 Ene 24. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/23/actualidad/1390497913_508926.html

14 Desarrollo de medicamentos para enfermedades continúa enfrentando lagunas fatales. 24 de Octubre de 2013. Disponible en: <http://www.dndi.org/2013/media-centre/press-releases/langues-press-releases/fatal-imbalance-2-es/>

15 OMS, Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación (CEWG).

16 Resolución WHA66.22 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. Páginas 48-51. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=23



SEGUNDA CAUSA: LOS ALTOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS, ESPECIALMENTE DE LOS MEDICAMENTOS PIONEROS.

Su razón de ser está principalmente en las patentes farmacéuticas, que, al otorgar a sus titulares el privilegio del monopolio temporal, les brinda la oportunidad de fijar a los productos un precio superior al que tendrían en un mercado competido, a fin de que puedan recuperar los gastos efectuados en el proceso de I+D y obtener una utilidad razonable.¹⁷

Lo malo es que quienes ostentan este privilegio no siempre lo ejercen responsablemente, teniendo en cuenta la estructura de costos de producción más un margen de utilidad racional, sino con criterio eminentemente especulativo. Esta práctica engendra precios escandalosos, inalcanzables tanto para los sistemas de salud sin poner en riesgo su sostenibilidad financiera, como para las personas que deben pagar los medicamentos de su bolsillo, lo que es frecuente en los países de América Latina y el Caribe y constituye una violación del derecho a salud y la vida de millones de personas.

En cáncer, por ejemplo, *“entre los 12 tratamientos aprobados en 2012 por la FDA, 11 cuestan alrededor de 100.000 dólares anuales en EE.UU.”*,¹⁸ lo que los hace inaccesibles.

El sofosbuvir, utilizado para el tratamiento de la hepatitis C crónica, tiene en

la actualidad en Estados Unidos un precio de 1.000 dólares diarios, mientras su costo de producción está entre 68 y 136 dólares.¹⁹ Así, el precio del tratamiento de 12 semanas es de 84.000 dólares y el de 24 semanas, requerido por pacientes afectados por cierta variedad del virus, de 168.000 dólares.²⁰ El costo de inversión del sector privado en I+D para el sofosbuvir ha sido estimado en USD 300 millones²¹, mientras que las ventas de este medicamento, en apenas un año (2014), fueron de US\$10.3 billones.²²

En el continente americano, donde se calcula que hay más de 13 millones de víctimas de esta enfermedad, el sofosbuvir se encuentra con solicitudes de patente en curso en²³ Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, México, Perú y Uruguay, lo que muy seguramente desembocará en la fijación de precios inasequibles²⁴.

La situación es aún más alarmante en el caso de los medicamentos biotecnológicos.

17 Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The World Medicines Situation 2011 Medicine Expenditures. 3ª ed. [En línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. WHO/EMP/MIE/2011.2.6. Disponible en la URL: http://www.who.int/healthaccounts/documentation/world_medicines_situation.pdf

18 Revista Blood. Citada por: AFP. Oncólogos denuncian los precios excesivos de los medicamentos anticancerígenos. [En línea]. 2013 Abr 26. Disponible en: <https://es-us.noticias.yahoo.com/onc%C3%B3logos-denuncian-precios-excesivos-medicamentos-anticancer%C3%ADgenos-182310770.html>

19 Hill A, Khoo S, Fortunak J, Simmons B, Ford N. Minimum costs for producing Hepatitis C Direct Acting Antivirals, for use in large-scale treatment access programs in developing countries. *clin Infect Dis*. 2014; 58(7):928-36

20 Hepatitis C Online [Internet]. Washington: University of Washington. Disponible en: <http://www.hepatitisc.uw.edu/page/treatment/drugs/sofosbuvir-drug>

21 Sachs J. The drug that is bankrupting America. *The Huffington Post*. 18 Abril 2015;The blog. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/jeffrey-sachs/the-drug-that-isbankrupt_b_6692340.html

22 Pollack A. Sales of Sovaldi, new Gilead Hepatitis C Drug, soar to \$10.3 billion. *the New York Times*. 3 Febrero 2015; Business day. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2015/02/04/business/sales-of-sovaldi-new-gilead-hepatitis-c-drug-soar-to-10-3-billion.html>

23 Rossi F. Hepatitis C y el acceso a nuevos tratamientos; La barrera de la propiedad intelectual. Presentación hecha en el marco del “Foro Internacional Acceso a Medicamentos y Propiedad Intelectual”. Lima. Mayo 2015. Disponible en: <http://www.redlam.org/ejes-de-accion/forointernacional-acceso-a-medicamentos-y-propiedad-intelectual-hepatitis-c-y-vih/foro-internacional-acceso-a-medicamentos-y-propiedad-intelectual-hepatitis-c-y-vih-2/>

24 El precio de Brasil es de USD\$82. Valor suministrado por ABIA.

lógicos, utilizados para el tratamiento de enfermedades graves, como cáncer, artritis reumatoidea y diabetes, entre otras, cuyo precio oscila en promedio entre 50.000 y 250.000 dólares/paciente/año²⁵. Con el agregado de que, según un estudio de la Universidad de Utrecht, la relación costo de producción/precio de venta es en promedio de sólo 2,3%.²⁶

Como afirma un reciente editorial del periódico *The New York Times*, que coincide en la amplia evidencia que existe frente a cómo los medicamentos son llevados a precios escandalosos por el simple deseo de las compañías farmacéuticas de maximizar sus ingresos, “No hay justificación para los altos precios de los medicamentos”²⁷

Ante el incremento desmesurado de los precios y del gasto en salud, muchos países se han visto forzados a implementar estrategias para controlar dicho gasto y mejorar los niveles de accesibilidad. La estrategia que ha demostrado mayor efectividad es el estímulo de la competencia genérica.

Incalculable servicio prestarían a la humanidad los organismos internacionales encargados de la promoción y protección de los derechos humanos si realizaran esfuerzos tendientes a motivar a los gobiernos de los países bajo su órbita a utilizar esta estrategia a través de los mecanismos para ello dispuestos en la normativa internacional.

25 Federal Trade Commission. Public Workshop: Follow-on Biologics: Impact of Recent Legislative and Regulatory Naming Proposals on Competition. 15 de Noviembre de 2013. Disponible en: https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/federal_register_notices/2013/11/131115biologicsfrn.pdf

Schellekens H. Biosimilars: a regulatory update. Conferencia dictada en el marco del Seminario de capacitación sobre medicamentos biotecnológicos; 2012 Oct 23-25; Bogotá, Colombia.

27 The Editorial Board. No Justification for high drug prices. The New York Times. 15 de Diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2015/12/20/opinion/sunday/no-justification-for-high-drug-prices.html>

TERCERA CAUSA: EL BLOQUEO DEL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS.

Se trata del conjunto de normas de propiedad intelectual y de prácticas de las grandes multinacionales farmacéuticas y sus gobiernos concebido para bloquear la oferta de genéricos, medicamentos a precios más bajos a los que pueden acceder tanto la población, como los sistemas de salud, sin sacrificar la prestación de otros servicios esenciales.

Irónicamente, la razón de ser del bloqueo radica en los dos atributos esenciales de los medicamentos genéricos: la buena calidad, de la que dan fe importantes estudios realizados en Estados Unidos y otros países²⁸ y los precios asequibles. En lo tocante a estos últimos, en el escenario internacional los genéricos cuestan en promedio entre la mitad y la tercera parte que los pioneros y en algunos casos hasta 50 veces menos²⁹.

Estas cualidades han abierto a los genéricos las puertas de los mercados farmacéuticos, con los beneficios consiguientes en términos de salud pública, pero al mismo tiempo han desencadenado las estrategias de las multinacionales farmacéuticas encaminadas a bloquearlos. La siguiente máxima de un alto ejecutivo de una multinacional farmacéutica resume esta forma de actuar:

28 Estudios citados en Holguín, G. Op. cit., p. 117 y ss.

29 Ifarma, Acción Internacional para la Salud Latinoamérica (AIS LAC). Precio, disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y componentes del precio en Colombia; informe de una encuesta realizada en Octubre 2008-Febrero 2009. [En línea]. Ifarma y Acción Internacional para la Salud Latinoamérica (AIS LAC); 2009 Abr 7. Disponible en URL: http://www.haiweb.org/medicinesprices/surveys/200810CO/sdocs/Colombia_FINAL_report_05_08_09.pdf



“Nosotros no hacemos negocios para salvar vidas sino para hacer dinero. Salvar vidas no es nuestro negocio”.³⁰

Siendo consecuentes con este principio, ciertas compañías farmacéuticas fabricantes de medicamentos pioneros recurren a todos los mecanismos a su alcance, legales e ilegales, para conservar y fortalecer el monopolio, sin importar los impactos consiguientes sobre la salud pública y el bienestar de la gente.

Entre los mecanismos legales sobresalen por su efectividad las patentes farmacéuticas, que brindan al titular un monopolio nominal de 20 años y efectivo de entre 10 y 15 años, o inclusive más cuando a través de mecanismos de propiedad intelectual logra un plazo de protección prácticamente infinito (*evergreening*). Durante este plazo las versiones genéricas no pueden entrar al mercado, con los efectos consiguientes sobre el acceso y la salud pública.

Conviene tener muy presente que las patentes farmacéuticas no han existido siempre, como muchos creen, sino que fueron inventadas hace relativamente poco tiempo por las grandes multinacionales farmacéuticas, con el apoyo de sus gobiernos, para proteger sus intereses comerciales. En Inglaterra, Alemania, Suiza, Italia y España, por ejemplo, sólo fueron establecidas entre 1949 y 1986.

A los países de ingresos medios y bajos, incluidos los de América Latina y el Caribe, les fueron impuestas hace solamente 21 años, a través del acuerdo ADPIC de la OMC (1994).³¹ Ellos nunca debieron com-

prometerse a otorgarlas y deberían dar los pasos necesarios para abolirlas, desde luego que los medicamentos son un bien social público y no una mercancía, por lo que no son susceptibles de protección patentaria. El haberlos presionado a aceptarlas, el haber asumido el compromiso de concederlas y el mantener este compromiso, constituyen graves violaciones del derecho a la salud y la vida.

Muestra de esta tendencia hacia una progresiva violación del derecho a la salud y la vida a través de la ampliación y fortalecimiento de las patentes y otras formas de monopolio farmacéutico, es el recientemente publicado Acuerdo de Asociación Transpacífico (TPP por sus siglas en inglés) el cual aún está en proceso de aprobación por parte de los 12 países firmantes. Las disposiciones en materia de propiedad intelectual allí plasmadas representan una amenaza para el oportuno y asequible acceso a medicamentos que salvan vidas, atentando así contra el citado derecho fundamental a la salud y la vida.³²

En lo que respecta a los mecanismos ilegales que se utilizan para el bloqueo de los genéricos, los tres más comunes son:

- i. Las campañas de descrédito de los genéricos;
- ii. El pago de estímulos económicos a algunos médicos para que prescriban ciertos productos pioneros de igual calidad que los genéricos pero mucho más costosos, y
- iii. Los acuerdos entre fabricantes para

relacionados con el Comercio (TRIPS, en inglés)

30 Clark, J. Pharmaceutical maker Roche: “Saving lives is not our business”. [En línea]. 2008. Disponible en: <http://money.howstuffworks.com/10-great-moments-corporate-malfeasance1.htm>

31 ADPIC: Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual

32 Misión Salud. Disposiciones del TPP en materia de propiedad intelectual con impacto sobre el acceso a medicamentos. 9 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.misionsalud.org/2015/12/09/analisis-del-tpp/>

demorar la entrada de los genéricos al mercado o limitar el territorio en el que pueden ser vendidos.

CONCLUSIÓN

El problema de la falta de acceso a medicamentos no es una fatalidad o un fenómeno natural inevitable e irremediable, como un terremoto, sino el resultado de estrategias concebidas y ejecutadas por ciertas farmacéuticas multinacionales, con el apoyo de sus gobiernos, para apoderarse de los mercados farmacéuticos e imponerles altos precios de monopolio.

El problema es que los efectos consiguientes no se limitan al campo económico sino que, como se vio, ponen en riesgo el bienestar, la salud y la vida de las personas. Por lo tanto, el tomar medidas encaminadas a controlar sus causas y ponerle fin es un imperativo de justicia social.

PROPUESTAS PARA PONER FIN A LA FALTA DE MEDICAMENTOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Aparte de la urgencia de apoyar desde la región la iniciativa del Grupo Consultivo de Expertos *CEWG* de diseñar e implementar un incentivo a la I+D en salud desligado de las patentes y los altos precios de los productos farmacéuticos, de lo que se habló atrás, a continuación presentamos otras tres propuestas dirigidas a atacar las causas de la falta de medicamentos en América Latina y el Caribe y a ponerle fin.

1. ABOLICIÓN DE LAS PATENTES FARMACÉUTICAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, RESPECTO DE LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA LA SALUD Y LA VIDA.

Teniendo en cuenta el inmenso daño que las patentes farmacéuticas han ocasionado a la población de Latinoamérica y del Caribe desde que les fueron impuestas hace 21 años, en términos de concentración de la innovación farmacéutica en “*medicamentos negocio*”, de fijación de altos precios de monopolio, que conllevan sobrecostos en el gasto público y privado en salud³³, y de bloqueo del acceso a tratamientos existentes, parece llegado el momento de abolirlas, al menos en lo que respecta a los medicamentos necesarios.³⁴

Es claro que esta medida implica la celebración de un convenio mundial cuyo objetivo sea la modificación del Acuerdo sobre los ADPIC, que, como se explicó, fue el que llevó a los países de la región a conceder patentes farmacéuticas.

Somos conscientes de que es una medida extrema, aunque no tanto como lo fue la imposición de las patentes farmacéuticas a estos países, pero también sabemos que sin ella no será posible poner fin al bloqueo de los medicamentos genéricos asequibles. Mientras haya mecanismos propiciadores de monopolio farmacéutico, altos precios y gigantescas ganancias, los beneficiarios perseguirán por todos los medios a su alcance la competencia genérica, cualesquiera que sean las conse-

33 Time to fix patents. The Economist. 8 de Agosto de 2015. Disponible en: <https://www.economist.com/news/leaders/21660522-ideas-fuel-economy-todays-patent-systems-are-rotten-way-rewarding-them-time-fix>

34 Holguín, G. Op. cit, p.311 y ss.

cuencias de orden humanitario, social y económico, porque no estarán dispuestos a perder los privilegios.

Por lo demás, no se trata de una medida extravagante sino de regresar al modelo existente antes de la aprobación del Acuerdo ADPIC.

Regreso que no es una utopía, sino un sueño difícil pero realizable, como lo fueron en su momento algunas misiones consideradas imposibles, verbi gracia el entierro del ALCA,³⁵ el hundimiento del ACTA³⁶, la adopción de la Declaración de Doha (2001) y la aprobación de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (2008).

Dentro de este orden de ideas, un documento reciente de la Comisión Global sobre VIH del PNUD, plantea la necesidad de diseñar *“un nuevo régimen de propiedad intelectual para productos farmacéuticos”*, y afirma que mientras esto se logra *“los Estados Miembros de la OMC deben suspender los ADPIC que se relacionan con productos farmacéuticos esenciales para los países de ingreso bajo y medio”*.³⁷ O sea, entre otras medidas, suspender las patentes farmacéuticas en estos países.

En términos similares se han expresado el Relator Especial para la Salud de

Naciones Unidas,³⁸ la OMS,³⁹ MSF⁴⁰ y otras importantes organizaciones internacionales defensoras de los derechos humanos.⁴¹ O sea que hay indicios evidentes de un clima internacional propicio para la abolición de las patentes farmacéuticas en Latinoamérica y el Caribe.

Como sabiamente lo ha proclamado el Dr. Bernard Pécoul, Director de la DNDi:

“Las patentes no son derechos divinos. Son herramientas creadas para beneficiar a la sociedad en su conjunto y no para que un puñado de compañías farmacéuticas se llenen los bolsillos”⁴²

Se dirá que la abolición de las patentes farmacéuticas es inconveniente porque los altos precios derivados de ellas son indispensables para que las grandes farmacéuticas puedan recuperar los inmensos recursos que invierten en I+D de productos capaces de curar las enfermedades y salvar

35 ALCA: Área de libre Comercio de la Américas.

36 ACTA: Anti-Counterfeiting Trade Agreement. Acuerdo Comercial Anti Falsificación.

37 Secretaría PNUD, Comisión Global sobre VIH y Derecho. Riesgos, derechos y salud. [En línea]. New York: PNUD; julio del 2012. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIVAIDS/Governance%20%20HIV%20Responses/Commissions%20report%20final-SP.pdf> p. 98. Recomendación 6.1.

38 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental presentado a la Asamblea General. Sexagésimo tercer periodo de sesiones. 11 de agosto del 2008. A/63/263. Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A63_263.pdf

39 Cameron A, Ewen M, Auton M, Abegunde D. The World Medicine Situation 2011: Medicines Prices, Availability and Affordability. [En línea]. Geneva: World Health Organization, 2011. WHO/EMP/MIE/2011.2.1. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf

40 Médicos Sin Fronteras, Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales. Patentes de medicamentos en el punto de mira: Compartiendo conocimientos prácticos sobre las patentes farmacéuticas. [En línea]. MSF 2003 May. Disponible en URL: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/patentesinformemsf.pdf>

41 Ver declaraciones en Holguín, G. Op. cit, p. 312 y ss.

42 Entrevista a Bernard Pécoul, Director de la DNDi, en: López A. Nos hacen falta 400 millones para nuevos tratamientos. [En línea]. El Mundo, 19 de Junio de 2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/06/18/biociencia/1371581277.html>

vidas. Este discurso forma parte de lo que podríamos denominar la *mitología del mundo farmacéutico*. La verdad es que:

- i.** El costo de desarrollar una molécula no es de 1300 millones de dólares, como sostiene la industria, sino mucho menor: 43,3 millones, según un estudio reciente, publicado por el *London School of Economics*.⁴³
- ii.** Este costo no es asumido por las compañías farmacéuticas sino mayoritariamente por los gobiernos: 85% en el caso de los cinco medicamentos más vendidos en Estados Unidos en los últimos años.⁴⁴
- iii.** A partir de la década de los 80, cuando aparecen las patentes farmacéuticas, sólo entre el 14 y el 16% de los nuevos medicamentos aprobados fueron considerados innovadores. Los demás fueron medicamentos “*me too*”, es decir, modificaciones triviales de moléculas conocidas, con virtudes terapéuticas similares a las de los productos ya comercializados pero más costosos. O sea que las patentes en lugar de incentivar la innovación la están frenando.⁴⁵
- iv.** Relevar a los países de América Latina y el Caribe de la carga económica inherente a las patentes farmacéuticas muy poco afectaría los ingresos

de las grandes compañías multinacionales farmacéuticas, toda vez que sus mercados sumados sólo representan unos pocos puntos del mercado farmacéutico mundial.

- v.** El tratamiento de las enfermedades prevalentes en el mundo requiere un sistema de incentivos a la innovación desligado de las patentes, tal como se mencionó anteriormente.

La iniciativa de concebir, ambientar y poner en marcha el proceso de abolición de las patentes farmacéuticas en América Latina y el Caribe compete a los gobiernos de estos países, en función de su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho fundamental a la salud.⁴⁶ El apoyo de los organismos internacionales encargados de la promoción y el respeto de este derecho en la región es clave para que este proceso se dé y culmine exitosamente.

La meta es lograr un orden mundial nuevo en el que se piense en términos de prioridad de la vida de todos por encima de la apropiación de los bienes por parte de unos pocos.

Una nueva mentalidad en la que el derecho a la salud sea la base de la política sanitaria en todos los rincones del planeta, antes que los derechos de propiedad intelectual, el comercio y la *carrera por el dinero*.

43 Light DW, Warburton R. Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. *The London School of Economics and Political Science. BioSocieties* [serial en línea] 2011 Feb 7;6:34-50. Disponible en: <http://www.palgrave-journals.com/biosoc/journal/v6/n1/abs/biosoc201040a.html>

44 Public Citizen. [En línea]. Disponible en: www.citizen.org

45 Time to fix patents. Op. cit.

46 Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Com.DESC)). Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en



2 UTILIZACIÓN PLENA DE LAS SALVAGUARDAS DE LA SALUD PÚBLICA CONSAGRADAS EN LA NORMATIVA INTERNACIONAL PARA CONTRARRESTAR LOS EFECTOS NOCIVOS DEL MONOPOLIO FARMACÉUTICO, ESPECIALMENTE LAS LICENCIAS OBLIGATORIAS.

Mientras se logra la abolición de las patentes farmacéuticas en los países de América Latina y el Caribe, sus gobiernos tienen la misión, emanada de la obligación de cumplir, respetar y proteger el derecho fundamental a la salud, de tomar las medidas necesarias para atenuar los efectos nocivos de las patentes mediante la aplicación de los instrumentos legales a su disposición, entre los cuales destacan los siguientes:

- i.** Exigencia estricta del cumplimiento de los requisitos establecidos para merecer el privilegio del patentamiento: novedad, nivel inventivo y aplicación industrial.
- ii.** Rechazo de nuevas barreras de propiedad intelectual o el fortalecimiento de las existentes a través de tratados comerciales o de cualquier otra índole.
- iii.** Vigilancia de los precios abusivos de los medicamentos que más estén impactando el sistema de salud e implementación de medidas tendientes a controlarlos.
- iv.** Ejercicio pleno del derecho a utilizar las salvaguardas de la salud pública emanadas de la normativa internacional⁴⁷ para contrarrestar los efectos nocivos de las patentes

farmacéuticas, especialmente las licencias obligatorias.⁴⁸

En relación con esta última, la medida ha sido recomendada en varios informes del Relator Especial para la Salud de Naciones Unidas, teniendo en consideración la capacidad que tienen las licencias obligatorias de favorecer la competencia, quebrar los precios de monopolio y proteger el derecho de los ciudadanos a acceder a los medicamentos que requieren.⁴⁹

Lamentablemente, en América Latina y el Caribe los únicos países que se han atrevido a ejercer este derecho son Brasil (una sola vez y para un solo medicamento en el 2007) y Ecuador, logrando reducir los precios de los medicamentos involucrados hasta en un 72%. Los demás países no, debido a las presiones de ciertas multinacionales farmacéuticas y sus gobiernos. Algunos han optado por negociar licencias voluntarias, pero estas son mucho menos efectivas como mecanismo para bajar los precios y mejorar el acceso.

En consecuencia, urge realizar un gran esfuerzo de las organizaciones encargadas de la defensa del derecho a la salud en la región, orientado a controlar estas presiones y lograr que los países de América Latina y el Caribe se animen a utilizar al máximo los instrumentos citados, lo que

nados con el Comercio (ADPIC, 1994) y Declaración Relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (Declaración de Doha, 2001).

48 Las salvaguardas de la salud pública emanadas de la normativa internacional son: Licencias Obligatorias, Importaciones Paralelas, Excepción Bolar y Anuencia Previa (Holguín, G. Op. cit, Cap. VI, pp. 173 y ss.).

49 Uprimny R, Durán J. Una injusticia de marca: Un ensayo de calificación jurídica de las normas y prácticas que obstaculizan el acceso a los medicamentos genéricos. Bogotá: DeJusticia; 2011. p. 70. Para mayor información contactar a: secretaria.general@mision-salud.org

es indispensable para asegurar la disponibilidad de fuentes alternativas de medicamentos a precios bajos, la sostenibilidad de los sistemas de salud y la atención integral de las demás necesidades asociadas al derecho fundamental a la salud.

4 PROMOVER LA CALIFICACIÓN JURÍDICA DEL BLOQUEO DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS COMO CRIMEN DE LESA HUMANIDAD JUZGABLE POR CORTES NACIONALES E INTERNACIONALES.

Teniendo en cuenta los efectos sociales del bloqueo de los medicamentos genéricos y el hecho de que no se trata de una fatalidad sino del resultado de políticas y estrategias concebidas, coordinadas y ejecutadas por el ser humano, hemos sentado la hipótesis de trabajo de que se trata de un crimen de lesa humanidad que eventualmente podría ser competencia de tribunales nacionales e internacionales.⁵⁰

En respaldo a nuestra posición, existen evidencias de que las conductas generadoras de dicho bloqueo se traducen en enfermedad, sufrimiento y discapacidad, y de que son responsables de la muerte de millones de seres humanos cada año. Por ello, en primer lugar cumplen los cuatro requisitos esenciales de los crímenes de lesa humanidad⁵¹, y en segundo término encajan dentro de los actos delictivos susceptibles de tal calificación de acuerdo

50 Holguín, G. Op. cit, p.317 y ss.

51 i. Ataque contra una población civil (Estatuto de Roma art. 7.1); ii. Ataque generalizado o sistemático (ER art. 7.1); iii. Perpetuado de conformidad con la política de un Estado o de una organización de cometer estos actos (ER art. 7.2.a); iv. Con intención de causar el daño (ER art. 7.1). El Estatuto de Roma entiende que actúa intencionalmente quien, en relación con una conducta (por ejemplo el bloqueo del acceso a medicamentos que salvan vidas), es consciente del daño que se producirá en el curso normal de los acontecimientos (ER art. 30.2).

con el Estatuto de Roma.⁵²

Lo que nos proponemos al formular esta hipótesis de trabajo es que el asunto sea sometido a un debate internacional del más alto nivel, profundo y objetivo, lo que contribuiría a poner en evidencia el drama que encierra, abriría las puertas a su incorporación en las agendas políticas de los organismos internacionales responsables de la protección del derecho a la salud y la vida, incluidos los del SIDH, y muy seguramente desencadenaría tanto un proceso de búsqueda y hallazgo de fórmulas de solución como de cambio en las conductas comerciales y políticas de la gran industria farmacéutica internacional.

COMPETENCIA DE LA CIDH



De acuerdo con el artículo 106 de la Carta de la OEA y el artículo 41 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la función principal de la CIDH es “promover la observancia y la defensa de los derechos humanos” en la región.^{53 54}

El Estatuto de la CIDH entiende por derechos humanos “... b. los derechos consagrados en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre...”⁵⁵ entre

52 “A los efectos del presente Estatuto, se entenderá por “crimen de lesa humanidad” cualquiera de los actos siguientes cuando se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque: ... k) Otros actos inhumanos de carácter similar que... atenten gravemente contra... la salud mental o física” (Estatuto de Roma, art. 7.1, literal k).

53 Carta de la Organización de los Estados Americanos. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_A-Carta_de_la_Organizacion_de_los_Estados_Americanos.htm

54 Convención Americana sobre Derechos Humanos. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

55 Estatuto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.



los cuales figura el derecho a la preservación de la salud y al bienestar (artículo XI).⁵⁶

Además, los Estados partes del Protocolo de San Salvador⁵⁷, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conciben la salud como un bien público y con el fin de hacer efectivo este derecho se comprometen a extender los servicios de salud a todos los individuos bajo su jurisdicción, incluidas la prevención y el tratamiento de todas las enfermedades (artículos 10 “b” y 10 “c”).

Es claro que el derecho a acceso regular de la población a los medicamentos necesarios para la salud y la vida deriva de estas obligaciones estatales, desde luego que sin tales medicamentos dichas obligaciones no son realizables, como bien lo han interpretado a nivel global el PIDESC⁵⁸ y la Asamblea General de las Naciones Unidas⁵⁹

La dimensión de accesibilidad económica del derecho a la salud ha sido amenazada por los altos precios de medicamentos practicados por las empresas farmacéuticas que tienen su monopolio comercial en los países de la región.

La falta de acceso a los medicamentos necesarios en la región es una violación del derecho a la salud consagrado en el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

La CIDH dio un paso muy significativo en orden a defender y promover este derecho en la región al crear en su 146° período ordinario de sesiones la Unidad sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esto constituye una expresión inequívoca de su compromiso con el fortalecimiento de su trabajo en DESC y de su deseo de dar una respuesta a reiteradas solicitudes de los Estados y de la sociedad civil.

Con base en lo anterior, la presente solicitud está enmarcada dentro de la competencia de la CIDH de conocer y promover la observancia y la defensa de los derechos humanos, en concreto el derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

PETICIÓN



Fundadas en las reflexiones expuestas y de conformidad con el artículo 66 del Reglamento de la CIDH, las organizaciones abajo firmantes solicitamos respetuosamente al señor Secretario Ejecutivo y, por su intermedio, a la Honorable Comisión convocar una audiencia temática sobre la falta de medicamentos necesarios para la salud y la vida en América Latina y el Caribe, en el marco del 157° periodo de sesiones que se llevará a cabo en Washington del 4 al 8 de abril de 2016.

Dicha audiencia brindará la oportunidad de reflexionar y analizar con la profundidad necesaria la magnitud, las causas y las posibles soluciones del drama de la

Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/estatutoCIDH.asp>

56 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

57 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>

58 Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Com.DESC)). Disponible en: URL: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2f2000%2f4&Lang=en

59 Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida 2001 (Asamblea General de Naciones Unidas), A/RES/S-26/2, p.15. Disponible en: URL: <http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf>

falta de medicamentos necesarios en la región, lo que podría abrir la puerta a la superación de la condición de enfermedad, sufrimiento y discapacidad que padecen millones de personas, y a salvar la vida de cientos de miles de ellas cada año.

En caso de respuesta favorable, con su venia acto seguido procederemos a definir los expositores y las personas que participarán en la audiencia en calidad de representantes del grupo de organizaciones solicitantes.

De presentarse cualquier duda u observación, solicitamos al señor Secretario Ejecutivo comunicarse con nosotros a través de la QF Andrea Carolina Reyes Rojas, subdireccion@mision-salud.org, teléfonos 57.1.7568451 y 57.3213116258.

Le reiteramos nuestro respeto y estima.

Atentamente,

ORGANIZACIONES LOCALES



1. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA - Brasil)
2. Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN - Colombia)
3. Comisión Colombiana de Juristas (CCJ - Colombia)
4. Comité para la Veeduría y Cooperación en Salud (CVCS - Colombia)
5. Conectas Direitos Humanos (Brasil)
6. Conferencia Episcopal de Colombia (CEC - Colombia)

7. Federación Médica Colombiana (FMC - Colombia)

8. Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP - Argentina)

9. Fundación Ifarma (Colombia)

10. Grupo de Investigación “Derecho y Desarrollo: Prometeo”, adscrito a la Unidad de Investigaciones Jurídico Sociales UNIJUS de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. (Colombia)

11. Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro (GPV-RJ - Brasil)

12. Misión Salud (Colombia)

13. Pastoral da Aids Rio de Janeiro (Brasil)

14. Políticas Farmacéuticas (Chile)

15. Rede Jovem Rio+ (Brasil)

16. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids - Núcleo São Luís-MA (RNP+ SLS-MA - Brasil)

17. Salud y Fármacos (Estados Unidos)

18. Universidades Aliadas por Medicamentos Essenciais (UAEM – Brasil)

ORGANIZACIONES Y REDES INTERNACIONALES Y REGIONALES



- Alianza LAC - Global por el Acceso a Medicamentos
- Asociación civil Acción Internacional para la Salud Latinoamérica y el Cari-



be (AIS LAC - Sede en Perú)

- Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM - Departamento de Justicia y Solidaridad del CELAM) (Latinoamérica)
- Hermanas del Buen Socorro
- International Treatment Preparedness

Coalition Latin American and Caribbean (ITPC-LATCA)

- Misioneras Médicas
- Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (RedLAM)

RESUMEN DE LA AUDIENCIA

La audiencia fue atendida por el Comisionado James Cavallaro (Estados Unidos), Presidente de la CIDH, la Comisionada Margarete Macaulay (Jamaica), y los Comisionados Francisco José Eguiguren (Perú) y Paulo Vannuchi (Brasil), así como por el Secretario Ejecutivo Paulo Abrão (Brasil). De nuestra parte concurrió una delegación conformada por 20 personas originarias de 10 países, siendo de destacar la importancia de la participación activa del Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM) y Cáritas Latinoamérica y el Caribe, como lo reconoció expresamente la mesa directiva. Adicionalmente se encontraban en el auditorio otros representantes de sociedad civil provenientes de varios países.

Durante la audiencia intervinimos 7 de los integrantes de la delegación, desarrollando los siguientes temas:

1. Saludo. Dr. Gustavo Gallón, Director de la Comisión Colombiana de Juristas.

2. Falta de Acceso a Medicamentos na América Latina e Caribe: Magnitude do problema. Coordinador Regional de Cáritas Latinoamérica y el Caribe, presbítero Francisco Hernández;

3. Falta de acceso a medicamentos en América Latina y el Caribe: Causas del problema. Monseñor Gustavo Rodríguez, Arzobispo de Yucatán y Presidente del Departamento de Justicia y Solidaridad del CELAM;

4. Primer caso emblemático: Licencias obligatorias en Colombia y Perú, y falta de medicamentos antirretrovirales para niños. Dr. Francisco Rossi, Director de Fundación Ifarma (Colombia) y representante de Acción Internacional para la Salud;

5. Segundo caso emblemático: Reforma legislativa que representa el congelamiento de gastos en la

salud en Brasil para los próximos 20 años y proceso de la asociación farmacéutica Interfarma contra la anuencia previa, mecanismo que promueve la perspectiva de salud pública en el examen de patentes farmacéuticas en Brasil. Dr. Juan Carlos Raxach, representante de la Asociación Brasileira Interdisciplinaria de Sida (ABIA) y del Grupo de Trabajo Brasileiro sobre Propiedad Intelectual (GTPI);

6. Tercer caso emblemático: Ataques judiciales de las corporaciones farmacéuticas a los criterios estrictos de patentabilidad establecidos a favor de la Salud Pública en Argentina. Lic. José María Di Bello, Coordinador del programa de lucha contra el Sida en Argentina (FGEP) y
7. Falta de Acceso a Medicamentos en América Latina y el Caribe: Propuestas de solución. Dr. Germán Holguín, Director General de Misión Salud (Colombia) y Coordinador de la Alianza LAC-Global por el Acceso a Medicamentos.

En la dirección de internet abajo está la audiencia en su totalidad (cortesía CIDH) <https://youtu.be/aBK8OoIDoPc>

A continuación siguen las transcripciones en su totalidad de las intervenciones realizadas en la audiencia:

TRANSCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS

Diciembre 6 de 2016 – Ciudad de Panamá

1. SALUDO

Intervención CCJ – Gustavo Gallón “Gracias señor Presidente y Comisionado Cavallaro Vicepresidente comisionado Eguiguren y vicepresidenta MacCaulay por la concesión de esta importante audiencia. Mi nombre es Gustavo Gallón soy director de la Comisión Colombiana de Juristas y para nosotros es muy importante la concesión de esta audiencia en la cual participamos cerca de 20 personas que representamos a organizaciones de diversos países del continente desde Guatemala, Panamá, Colombia, Perú, Argentina, Brasil y quizá se me quede alguno por fuera y 6 o 7 coaliciones, además de la iglesia católica, que está detrás de esta preocupación por los medicamentos, el acceso a medicamentos, por el tema de los genéricos, cuyos obstáculos en materia de acceso por los pacientes causan al año 10 millones de víctimas como será expuesto de manera detallada en esta audiencia.

Termino simplemente diciendo y celebrando que la Comisión Interamericana con esta audiencia dé un paso en el interés, en el desarrollo y la protección de los derechos económicos, sociales y culturales que tanta protección necesitan en el continente y en el mundo en general. De esta manera doy la palabra al padre Francisco Hernández representante de Cáritas Latinoamérica y el Caribe quien se va a referir al de acceso a medicamentos en



América Latina y el Caribe y la magnitud del problema.”

2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Intervención Cáritas Latinoamérica y el Caribe – padre Francisco Hernández

“Señores Comisionados: La falta de acceso a medicamentos necesarios para la salud y la vida es uno de los más graves problemas de salud pública en el planeta, no sólo porque compromete el derecho fundamental a la salud y la vida, sino porque afecta a más de 2.000 millones de personas. Tanto es así, que el Secretario General de Naciones Unidas, apoyando el recientemente publicado reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos, el mes pasado instó a los actores del mundo a trazar una ruta para asegurar su superación.

La carencia de medicamentos se da prácticamente en todas las enfermedades, con énfasis en las que afectan desproporcio-

nadamente al mundo en desarrollo, donde vive el 80% de la población mundial, y se traduce no solo en altos niveles de discapacidad y sufrimiento, sino, según estimados de la OMS, en la muerte de más de 10 millones de personas anuales. Cifra no registrada por ningún otro acontecimiento en la historia, incluidas las dos guerras mundiales.

Latinoamérica no es una excepción. Para la OPS, de los 580 millones de habitantes que hay en la región, 125 millones (el 21%) carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud. Como resultado de ello, la región registra anualmente 700.000 muertes evitables.

Es evidente, que estamos frente a un drama de gigantescas proporciones y de vibrante interés para el Continente y el mundo entero. A continuación Monseñor Gustavo Rodríguez Vega, Presidente del Departamento de Justicia y Solidaridad del CELAM, expondrá sus causas.”

3. CAUSAS DEL PROBLEMA

Intervención DEJUSOL CELAM – Monseñor Gustavo Rodríguez Vega

“Señores Comisionados: Es evidente que la pobreza es un factor subyacente en la falta de medicamentos, ya que genera las condiciones para que los países no solo se abstengan de invertir en desarrollo de tecnologías médicas que respondan a sus necesidades sanitarias, sino también para que no adquieran los productos sanitarios básicos en cantidad suficiente.

No obstante, hay tres causas que agravan el problema y que, por depender de la voluntad del hombre, lo convierten en un suceso condenable.

Primera causa

Falta de investigación de tecnologías médicas aptas para prevenir y tratar las enfermedades que afectan desproporcionalmente a los países de ingresos medios y bajos.

De acuerdo con la Asamblea Mundial de la Salud, la razón de ser de esta deficiencia está en el sistema actual de incentivos a la innovación en salud, el cual está basado en la expectativa del inventor de patentar su invención y cobrar por el producto altos precios de monopolio. Como es obvio, esto hace que la investigación farmacéutica se concentren en el desarrollo de medicamentos de los que pueden obtenerse grandes ganancias (“medicamentos negocio”), dejando por fuera necesidades sanitarias de los países en desarrollo.

Urge, entonces, el diseño de modelos alternativos que privilegien la atención de estas necesidades.

Segunda causa

Altos precios de los medicamentos.

Su razón de ser está principalmente en las patentes farmacéuticas, que, al

otorgar a sus titulares el privilegio del monopolio temporal, les brinda la oportunidad de fijar a los productos precios especulativos.

Algunos ejemplos:

- En Cáncer, de 12 tratamientos aprobados por la FDA en 2012, 11 tienen un precio aproximado de 100.000 dólares / paciente / año.

- En Hepatitis C, el sofosbuvir tiene un precio de 1.000 dólares diarios. Así, el tratamiento de 12 semanas cuesta 84.000 dólares y el de 24 semanas 168.000 dólares.

- Medicamentos biotecnológicos (para el tratamiento de enfermedades como cáncer, artritis y diabetes): su precio oscila entre 50.000 y 250.000 dólares / paciente / año.

Hay que hacer algo para poner freno a esta locura.

Tercera causa:

Bloqueo del acceso a los medicamentos genéricos con precios asequibles.

Su razón de ser radica en los atributos de los genéricos: buena calidad y precios asequibles.

Estas cualidades han abierto a los genéricos los mercados farmacéuticos, pero al mismo tiempo han desencadenado las estrategias bloqueadoras por parte de grandes multinacionales farmacéuticas, las cuales recurren a todos los mecanismos a su alcance, legales e ilegales, para conservar y fortalecer los beneficios del monopolio.

Entre los mecanismos legales sobresalen por su efectividad las patentes farmacéuticas, que brindan al titular un monopolio de 20 años, durante los cuales los genéricos no pueden entrar al mercado, con los efectos sanitarios consiguientes.

En cuanto a los mecanismos ilegales, resaltamos:



- i. Las campañas de descrédito de los genéricos.
- ii. El pago de estímulos económicos a médicos para que prescriban ciertos productos pioneros de igual calidad que los genéricos pero mucho más costosos, y
- iii. Las presiones contra leyes que protegen el derecho a la salud y a los medicamentos.

CONCLUSIÓN

El drama de la falta de medicamentos no es un fenómeno natural inevitable e irremediable, como un terremoto, sino el resultado de estrategias de ciertas farmacéuticas multinacionales para apoderarse de los mercados farmacéuticos e imponer altos precios de monopolio.

El problema es que sus efectos no se

limitan al mundo de los negocios sino que se traducen en enfermedad y muerte.

Por lo tanto, el tomar medidas encaminadas a ponerle fin es un reto para las organizaciones responsables de la protección de los derechos humanos.

A continuación presentaremos algunos casos emblemáticos que confirman la pertinencia de estos llamados. Cedo la palabra al Dr. Francisco Rossi, de Fundación IFARMA y Acción Internacional para la Salud.”

4. CASO COLOMBIA

Intervención IFARMA – Francisco Rossi

“Señores Comisionados: Estamos aquí para denunciar que, a pesar de que nadie discute que las licencias obligatorias son un derecho y un deber de los Estados y de que se reconoce que el derecho a la salud prevalece sobre la propiedad intelectual



tual, los gobiernos de la región han sido incapaces de traducir tanta elocuencia en resultados en favor de sus ciudadanos.

En Colombia y Perú, organizaciones de la sociedad civil apelando a la normatividad internacional, hemos solicitado licencias obligatorias para medicamentos para Cáncer, el VIH y la hepatitis C. En todos los casos los Ministerios de Salud han actuado en defensa de sus ciudadanos pero han sido silenciados y acallados por los Ministerios de Comercio, que en la práctica, han defendido los intereses de las multinacionales. A pesar de estar de por medio el Interés Público, los procedimientos, que normalmente deberían tomar meses, han demorado hasta 5 años. Es el caso del imatinib y del lopinavir-ritonavir en Colombia y del atazanavir en el Perú. Muchas personas sufrieron y hasta murieron como consecuencia de los precios y las demoras. Gracias a la presión social y el respaldo de la comunidad internacional y las Naciones Unidas, los gobiernos tomaron algunas medidas, pero la presión del lobby farmacéutico unido a los gobiernos de Estados Unidos y de Suiza retrasaron y entorpecieron los procesos con medidas cautelares amenazas de demandas en el marco de los tratados internacionales y con chantajes como la suspensión de ayudas para la Paz en Colombia.

En este camino de las licencias obligatorias nos encontramos que no existen antirretrovirales para niños, porque no son rentables. Las farmacéuticas han explicado que su única obligación es para con los inversionistas, lo que se traduce en colocar recursos sólo en negocios rentables. Los niños con VIH son pocos afortunadamente, pero pagan un precio muy alto, expresado en dosis inadecuadas, combinaciones inapropiadas, efectos secundarios más severos y rupturas de stock más frecuentes.

Es inaceptable que gobiernos que pregonan que los derechos de los niños están por encima de cualquier otro derecho, en la práctica dan prioridad a los intereses comerciales de farmacéuticas.

Hacemos un respetuoso llamado a esta honorable Comisión a agregar el derecho a las licencias obligatorias a sus prioridades e instar a los Estados miembros a ejercerlo plenamente. Cedo la palabra a Juan Carlos Raxach, representante de ABIA/GTPI, que vive hace 30 años con VIH, quien expondrá el caso brasilero.”

5. CASO BRASIL

Intervención ABIA/GTPI - Juan Carlos Raxach

“Brasil tiene el mayor sistema de salud pública del mundo, el SUS, que es un logro del pueblo y expresión de la solidaridad que une a todas las personas, independientemente de su nacionalidad y clase social, garantizando la igualdad en salud.

Lamentablemente, una reforma legislativa, PEC 55/241, puede terminar con el sueño del SUS, ya que propone la reducción del gasto público con salud en los próximos 20 años. Congelando los recursos que ya son insuficientes y la población pagará con sus vidas. Este ajuste estructural está relacionado con la pérdida de democracia y el avance de intereses privados.

Representando a los activistas del movimiento de SIDA y del Grupo de Trabajo sobre Propiedad Intelectual reconocemos que tuvimos grandes logros en Brasil, pero sin inversiones, democracia y respeto a los derechos conquistados, todo será perdido.

El ambiente de violaciones de derechos no es solamente obra del Estado. Las compañías farmacéuticas también socavan



el presupuesto de salud, cobrando precios extorsivos por los medicamentos, siendo que el SUS distribuye medicamentos de forma universal y gratuita y necesita de precios sostenibles.

Por eso defendemos la anuencia previa de ANVISA, dispositivo que aumenta el rigor en el examen de patentes farmacéuticas, impidiendo el patentamiento excesivo. Centenas de patentes indebidas fueron rechazadas, abriendo espacio para la reducción de precios. Pero este espacio está acabando.

Aunque recomendado a nivel internacional, incluso por el Panel de Alto Nivel de la ONU sobre acceso a medicamentos, el derecho a establecer un examen estricto, alineado con la salud pública, ha sido objeto de ataques por empresas farmacéuticas. En Brasil, la INTERFARMA, asociación de multinacionales, presiona por la extinción de la anuencia previa de ANVISA.

Los ataques múltiples aniquilan nuestros derechos, así como el derecho a proteger nuestros derechos. Se viola el Protocolo de San Salvador, la Declaración de Doha y las directrices de la ONU para las empresas farmacéuticas sobre los derechos humanos.

Lo que estamos viviendo en Brasil se repite en la región: para la población, hay recorte de los derechos; para las empresas, hay una arquitectura de impunidad. Invitamos a la Comisión Interamericana a acompañarnos en el empeño de poner fin a esta injusticia:

- Monitoreando los ajustes estructurales que afectan a los derechos humanos en la región;
- Promoviendo el uso de las flexibilidades de defensa de la salud en la región;
- Participando en la construcción de normas vinculantes para responsabilizar a

las empresas por violaciones de derechos humanos.

Cedo la palabra a José María Di Bello, representante de la Fundación Grupo Efecto Positivo, que vive hace 22 años con VIH, quien expondrá el caso argentino.”

6. CASO ARGENTINA

Intervención FGEP – José María Di Bello

“Miembros de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: en Argentina como en el resto de los países, el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, priorizándolo como Derecho

Humano, considerar a los medicamentos como bienes sociales y no como mercancías es una obligación. Argentina se ha comprometido en el desafío de mantener un sistema universal de Salud Pública, que incluye el acceso a los medicamentos esenciales. Millones de vidas dependen de que estas políticas de Salud Pública se cumplan.

Cumpliendo con los preceptos mencionados, el Estado Argentino en el año 2012 en pleno ejercicio de su Soberanía, estableció por medio de una resolución conjunta del Ministerio de Salud y Ministerio de Industria de la Nación, criterios estrictos de análisis para las solicitudes de patente de productos farmacéuticos. Los exorbitantes precios de los medicamentos, que son la principal barrera para el acceso a los mismos, son producto del abuso del sistema de patentes por parte de las corporaciones farmacéuticas multinacionales. La aplicación de los criterios de patentabilidad ha impedido exitosamente que varias patentes ilegítimas e inmerecidas, sean otorgadas, asegurando la existencia de genéricos en el mercado y reduciendo precios de medicamentos que salvan vidas.

Estos criterios estrictos han sido considerados ejemplo a nivel mundial y recomendados en el último reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de la ONU.

Esta resolución sobre estándares y criterios estrictos, que protegen la Salud Pública está siendo atacada judicialmente: la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales – CAEMe – ha demandado al Estado Argentino por la adopción de esta medida que evita el abuso al sistema de patentes. Si las corporaciones farmacéuticas tienen éxito en su demanda, proliferarán los monopolios ilegítimos con su consecuente fijación arbitraria y extorsiva



de precios de medicamentos, millones de personas verán amenazado su acceso a genéricos y peligrará el acceso universal a los programas de medicamentos en Argentina.

Para proteger los sistemas Públicos de Salud y el acceso universal a medicamentos, debemos exigir que las multinacionales farmacéuticas desistan en su ataque. Las personas nunca abandonaremos nuestro derecho a la salud. Las multinacionales farmacéuticas deben abandonar las causas judiciales y todas sus prácticas extorsivas de una vez y para siempre. Permitir la subordinación del Derecho a la Salud, al derecho a la propiedad, es condenar a la Humanidad al genocidio.

A continuación el Dr. Germán Holguín, Director de Misión Salud y Coordinador de la Alianza LAC Global por el Acceso a Medicamentos, propondrá cuatro novedosas fórmulas de solución.”

7. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Intervención Misión Salud – Alianza LAC-Global por el Acceso a Medicamentos – Germán Holguín Zamorano

“Son cuatro las propuestas que los peticionarios estamos presentando en escenarios internacionales para superar la falta de medicamentos necesarios en los países de ingresos medio y bajos. Ellas están sustentadas de manera sucinta en la carta de solicitud de esta audiencia y detalladamente en mi libro “La Guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso”, que depositamos en la Secretaría.

Primera propuesta

Apoyar el diseño de incentivos a la innovación farmacéutica desligados de patentes y altos precios de monopolio. Como

se explicó, el sistema actual de incentivos a la innovación, basado en la expectativa de patentes y altos precios de monopolio, hace que la investigación farmacéutica se concentre en “medicamentos negocio”, dejando por fuera enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países de ingresos medios y bajos.

Para revertir esta situación, un Grupo de Expertos de la Asamblea Mundial de la Salud recomendó crear un sistema de incentivos alternativo, consistente en un fondo internacional público, alimentado por todos los países, que premiaría a los inventores de tecnologías destinadas a enfermedades olvidadas. Las innovaciones así financiadas serían consideradas “bienes públicos”, esto es, de libre utilización.

La implementación de esta iniciativa implica la negociación de un Convenio Global. Esto no ha sido posible debido a la oposición de países desarrollados, que consideran el sistema de incentivos basado en patentes más conveniente para su industria farmacéutica.

El bienestar de la humanidad exige romper esta resistencia para dar paso a la negociación de modelos alternativos de innovación en salud que respondan a las necesidades de los países de menores ingresos.

Segunda propuesta

Abolir las patentes farmacéuticas en los países de ingresos medios y bajos, respecto de los medicamentos necesarios para la salud y la vida.

El origen de esta propuesta está en el inmenso daño que las patentes farmacéuticas han ocasionado a estos países en términos de concentración de la innovación farmacéutica en “medicamentos negocio”, fijación de precios escandalosos y bloqueo de los medicamentos competidores con



precios asequibles, lo que se traduce en morbilidad y mortalidad.

Declaraciones de la ONU y de importantes organizaciones defensoras de los derechos humanos demuestran que existe un clima internacional propicio para esta medida, que implica un acuerdo internacional modificador del ADPIC.

Ningún país está obligado a mantener en su ordenamiento jurídico instituciones que hieren y matan a su pueblo.

Tercera propuesta

Mientras se logra la abolición de las patentes farmacéuticas, velar por la utilización plena de los instrumentos legales concebidos para contrarrestar sus efectos nocivos.

De los instrumentos disponibles, destacamos dos:

- i. La exigencia gubernamental del estricto cumplimiento de los requisitos para merecer el privilegio

del patentamiento. Volveremos sobre este tema cuando presentemos dos casos representativos que están ocurriendo en Argentina y Brasil.

- ii. El ejercicio pleno del derecho de utilizar las licencias obligatorias, que ha sido ampliamente recomendado por Naciones Unidas, teniendo en consideración su capacidad para estimular la competencia y mejorar el acceso.

Lamentablemente, en Latinoamérica sólo Brasil y Ecuador han otorgado licencias obligatorias, logrando reducir los precios de los medicamentos involucrados hasta en un 72%. Los demás países no lo han intentado o no lo han logrado, debido a las presiones de multinacionales farmacéuticas y sus gobiernos. A continuación presentaremos ejemplos de los muchos intentos fallidos en la región.



Una batalla similar se está dando en Guatemala, donde la sociedad civil presentó la solicitud de licencia obligatoria del antirretroviral lopinavir-ritonavir en septiembre pasado, sin que se haya producido respuesta positiva del gobierno.

La salud de los pueblos de América requiere el respaldo de la CIDH para la utilización de estos instrumentos legales.

ÚLTIMA PROPUESTA

Promover la calificación jurídica del bloqueo de los medicamentos genéricos con precios asequibles como Crimen de Lesa Humanidad.

Teniendo en cuenta que el bloqueo genera enfermedad y muerte, como lo mencionó el Padre Hernández, hemos sentido la hipótesis de trabajo de que las conductas generadoras del mismo constituyen un crimen de lesa humanidad.

En nuestra opinión, tales conductas cumplen los cuatro requisitos esenciales de los crímenes de lesa humanidad y encajan dentro de los actos delictivos susceptibles de tal calificación de acuerdo con el Estatuto de Roma.

El día que se sienten en el banquillo de los acusados los autores de tales conductas y sus cómplices, será el principio del fin del bloqueo, para bien de la humanidad.

Para finalizar, hacemos cuatro respetuosos llamados a esta honorable Comisión:

- i. Incluir en su agenda la falta de medicamentos necesarios en las Américas, al igual que nuestras cuatro propuestas encaminadas a superarla.
- ii. Poner al servicio de esta causa los instrumentos a su alcance, entre

ellos los informes anuales, un evento académico para la concientización y la búsqueda de soluciones, un informe especial, y recomendaciones a los Estados Miembros para que reconozcan la prevalencia del derecho a los medicamentos sobre el régimen de propiedad intelectual y actúen en consecuencia.

- iii. Respaldo públicamente el Reporte del Panel de alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas revia investigación, unirse al empeño de conseguir que las conductas de las farmacéuticas y otros autores del bloqueo a medicamentos necesarios sean calificadas como punibles.”

PROPUESTAS Y RECLAMACIONES DE LAS ORGANIZACIONES PETICIONARIAS

En la última intervención presentamos las siguientes 4 propuestas de solución a la falta de acceso a medicamentos en la región:

1. Apoyar el diseño de incentivos a la innovación farmacéutica desligados de patentes y altos precios de monopolio, a fin de impulsar el desarrollo de medicamentos aptos para la prevención y el tratamien-

to de las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países de ingresos medios y bajos.

2. Abolir las patentes farmacéuticas en los países de ingresos medios y bajos, respecto de los medicamentos necesarios para la salud y la vida.
3. Mientras no se logra la abolición de las patentes farmacéuticas, velar por la utilización plena de los instrumentos legales concebidos para contrarrestar sus efectos nocivos.
4. Promover la calificación jurídica de las conductas generadoras del bloqueo de los medicamentos genéricos con precios asequibles como Crimen juzgable por Cortes internacionales y nacionales.

De igual manera, formulamos a la CIDH los siguientes respetuosos llamados:

1. Incorporar en su agenda la falta de medicamentos necesarios en las Américas, al igual que nuestras cuatro propuestas encaminadas a superarla.
2. Poner al servicio de esta causa los instrumentos a su alcance, entre ellos los informes anuales y especiales, eventos académicos para la concientización y la búsqueda de soluciones, y recomendaciones a los Estados Miembros para que reconozcan la prevalencia del derecho a los medicamentos sobre los derechos de propiedad intelectual y actúen en consecuencia.

3. Respalda públicamente el Reporte del Panel de alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas.
4. Unirse al empeño de conseguir que las conductas de las farmacéuticas y otros autores del bloqueo a medicamentos genéricos con precios asequibles sean judicializadas.

Para finalizar, expresamos la intención de que estos llamados sean la base del seguimiento de la Audiencia y de la colaboración, a corto y mediano plazo, entre la sociedad civil de la región y la propia CIDH.



OBSERVACIONES DE LOS COMISIONADOS

Terminadas las presentaciones de los peticionarios, hicieron uso de la palabra los cuatro Comisionados presentes: James Cavallaro, Margarett Macaulay, Francisco José Eguiguren y Paulo Vannuchi. De sus intervenciones resaltamos lo siguiente:

1. Los Comisionados coincidieron en reconocer la importancia del tema de la falta de medicamentos necesarios, en el marco de la promoción y protección de los derechos humanos, y exteriorizaron el compromiso de acompañarlo desde la CIDH. Puntualizaron que es objetivo de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales y





Culturales (DESC), que operará a partir del próximo año, monitorear de manera cotidiana formulaciones y propuestas como las presentadas en esta Audiencia, razón por la cual debemos estar en contacto.

2. El Comisionado Eguiguren aclaró que para la CIDH no es nuevo el tema del derecho a la salud y del acceso a los medicamentos, pero que gracias a esta audiencia de dimensión regional se puede tener una visión más amplia. En su opinión, no se trata de plantear el desconocimiento de los derechos de propiedad intelectual sino de ponderar derechos porque evidentemente el

derecho a la salud, dada su relación con la vida, es más urgente y debe primar. Así mismo, instó a rescatar las políticas que buscan controlar prácticas, tan comunes en nuestros países latinoamericanos, como la de la concesión de patentes carentes de novedad y la de fijación de precios en ocasiones muchísimo más altos que los que rigen en Estados Unidos y Europa, expresando que alguien está beneficiándose de esto y que los Estados tienen que tener una política firme al respecto. Insistió en que la satisfacción del derecho a la salud es un deber del Estado y que supeditarlos a las

fuerzas del mercado significa para los más ricos la posibilidad de acceder a medicamentos caros y para los más pobres no acceder a nada.

3. En este orden de ideas, el Comisionado Eguiguren propuso a sus colegas elaborar un pronunciamiento específico, para ser difundido en los próximos días, que marque el compromiso de la Comisión con el problema del acceso a los medicamentos, el alto costo de estos bienes esenciales y la garantía del derecho a la salud.
4. Por su parte, el Comisionado Vannucchi planteó a la Comisión su deber de prepararse a dar un paso fundamental hacia la judicialización de las conductas generadoras de la falta de medicamentos. Para él ha llegado la hora de preparar instrumentos consistentes para que nuestro sistema resuelva de manera sistemática y generalizada el enfrentamiento de los derechos de propiedad intelectual, incluido el derecho de patentes, con un derecho mayor, como es el derecho a la salud y la vida.
5. La Comisionada Macaulay respaldó lo expresado por los peticionarios de la audiencia al recordar cómo a través de varios comunicados de prensa, que no han sido contradichos por los conglomerados de la industria farmacéutica, se ha conocido que producciones de medicamentos que cuestan centavos son cobradas a las personas por cientos y miles de dólares, logrando inadmisibles lucros. Adicionalmente hizo énfasis en que estos codiciosos conglomerados son asistidos por las políticas económicas de nuestros propios gobiernos que protegen sus derechos y no así los derechos de las personas que requieren los medicamentos.
6. El Presidente James L. Cavallaro siguió destacando la importancia de actuar frente a las necesidades de medicamentos de los niños, del adulto mayor (a propósito de una reciente convención sobre este grupo poblacional) y de las enfermedades emergentes a causa de virus, las cuales tienen serias consecuencias sobre la salud de las personas, llegando hasta causar su muerte.
7. Finalizó la Comisionada Macaulay expresando que estamos frente a un serio problema y que está de acuerdo en que no puede ser que el poder adquisitivo de una persona sea el que le permita tener los medicamentos que necesita, por lo que considera que es tarea de la Comisión, en este término que está en curso, encontrar la manera de hacer algo realmente efectivo para lograr que los Gobiernos de la región cumplan con su responsabilidad y defiendan el derecho a la salud.
8. Finalmente, el Presidente de la CIDH, Comisionado Cavallaro, hizo referencia a la primera de nuestras propuestas, que calificó de “muy útil” y “muy interesante”, y pidió a los expositores precisar cómo la CIDH podría apoyar la celebración de un convenio global dirigido a diseñar sistemas de incentivos alternativos que aseguren la investiga-



ción y desarrollo de medicamentos para las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a países de medianos y bajos ingresos.

Se le respondió que, entre otras, a través de dos acciones: i. Instar a los Estados Miembros a unirse en el empeño de apoyar la iniciativa del Grupo de Expertos CEWG de la Asamblea Mundial de la Salud, lo que seguramente abriría las puertas a la negociación del convenio global, y ii. Respaldar públicamente el Reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas, mencionado atrás, que incluye la misma recomendación.

En concepto unánime de la delegación, estas declaraciones de los Comisionados constituyen síntomas evidentes de su identificación con el problema planteado y de su compromiso de acompañar la búsqueda de soluciones. Nuestra percepción es que sus mensajes reflejaron un posicionamiento firme y claro acerca de la gravedad del problema. Esto nos hace ser optimistas sobre los desarrollos futuros en el escenario de la CIDH.

De esta manera, la audiencia del 6 de Diciembre marca no el fin de una gestión sino el comienzo de un proceso esperanzador, encaminado a superar la falta de innovación en salud para las enfermedades prevalentes en nuestros países y el bloqueo de los medicamentos genéricos necesarios para la salud y la vida y con precios asequibles.

ORGANIZACIONES LOCALES FIRMANTES DEL INFORME DE LA AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL SOBRE LA FALTA DE ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS CELEBRADA POR LA CIDH:

- 1.** Asociación Comunidad Hepatitis C Uruguay (Uruguay)
- 2.** Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA - Brasil)
- 3.** Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN - Colombia)
- 4.** Comisión Colombiana de Juristas (CCJ - Colombia)
- 5.** Comité para la Veeduría y Cooperación en Salud (CVCS - Colombia)
- 6.** Conferencia Episcopal de Colombia (CEC - Colombia)
- 7.** Federación Médica Colombiana (FMC - Colombia)
- 8.** Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP - Argentina)
- 9.** Fundación Ifarma (Colombia)
- 10.** Grupo de Investigación “Derecho y Desarrollo: Prometeo”, adscrito a la Unidad de Investigaciones Jurídico Sociales UNIJUS de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. (Colombia)
- 11.** Misión Salud (Colombia)
- 12.** Observatorio del Medicamento de

la Federación Médica Colombiana
(OBSERVAMED - Colombia)

13. Salud y Fármacos (Estados Unidos)

ORGANIZACIONES Y REDES INTERNACIONALES Y REGIONALES FIRMANTES DEL INFORME DE LA AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL SOBRE LA FALTA DE ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS CELEBRADA POR LA CIDH:

1. Alianza LAC - Global por el Acceso a Medicamentos
2. Asociación civil Acción Internacional para la Salud Latinoamérica y el Caribe (AIS LAC - Sede en Perú)
3. Cáritas América Latina y el Caribe
4. Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM - Departamento de Justicia y Solidaridad del CELAM) (Latinoamérica)
5. International Treatment Preparedness Coalition Latin American and Caribbean (ITPC-LATCA)
6. Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (RedLAM)

RESUMEN DE LA AUDIENCIA BAJO EL COMUNICADO DE PRENSA DE LA CIDH SOBRE EL 159º PERIODO DE SESIONES, PUBLICADO EL 7 DE DICIEMBRE DE 2016

“En la audiencia “Derecho a la salud y falta de medicamento en las Américas”, las organizaciones participantes informaron que la falta de acceso a medicamentos es uno de los temas más graves problemas para el disfrute del derecho a la salud, no sólo porque compromete el derecho a la salud y la vida, sino porque afecta a más de 2.000 millones de personas en el mundo. Informaron que la región enfrenta diversos problemas como falta de investigación y desarrollo de tecnologías médicas aptas para prevenir, diagnosticar y tratar la mayor parte de las enfermedades prevalentes en los países; altos precios de los medicamentos, especialmente de los medicamentos pioneros; y el bloqueo del acceso a los medicamentos genéricos. Las organizaciones proporcionaron un serie de propuestas para suspender la falta de medicamentos necesarios en los países de ingresos medios y bajos, entre ellas: 1. Apoyar el diseño de incentivos a la innovación farmacéutica desligados de patentes y altos precios de monopolio; 2. Abolir las patentes farmacéuticas en los países de ingresos medios y bajos, respecto de los medicamentos necesarios para la salud y vida; 3. Mientras





se logra la abolición de las patentes farmacéuticas, velar por la utilización plena de los instrumentos legales concebidos para contrarrestar sus efectos nocivos; 4. Promover la calificación jurídica del bloqueo de los medicamentos genéricos con precios asequibles como crimen lesa humanidad.

La CIDH valoró la información aportada y manifestó su compromiso por continuar trabajando en la temática de derechos económicos, sociales y culturales, con un énfasis en temas que se relacionan con el derecho a la salud.”

INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS

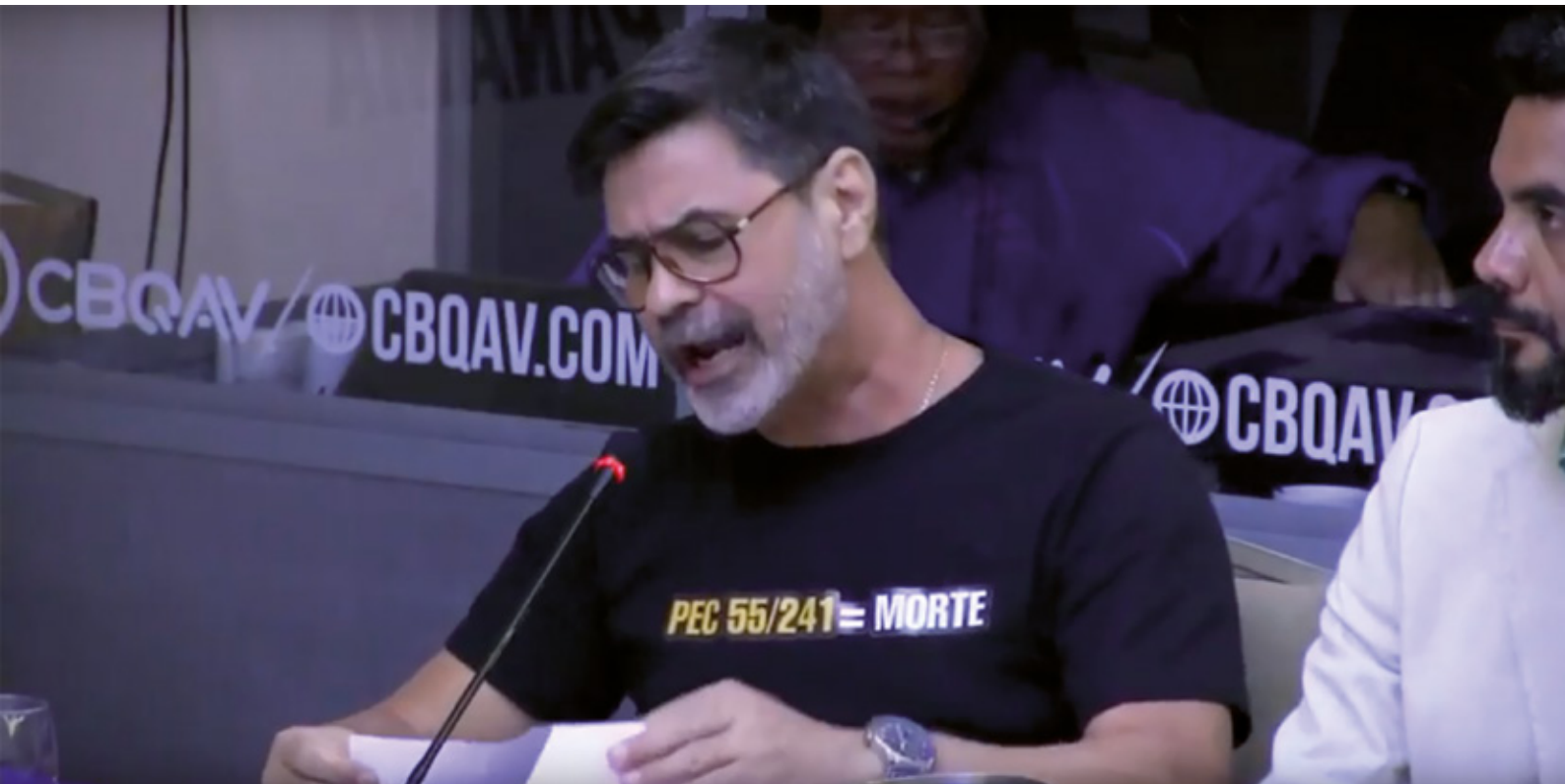


DIRIGIDA A LA UNIDAD DESC Y AL
COMISIONADO PAULO VANNUCHI
FEBRERO DE 2017

Documento elaborado por organizaciones pertenecientes al grupo de entidades peticionarias de la audiencia “Derecho a la salud y la falta de medicamentos en las Américas”, celebrada en el marco del 159o Período Ordinario de Sesiones de la CIDH.

Contenido

1. Fechas importantes sobre acceso a medicamentos en 2017
2. Situación del Acceso a Medicamentos en países de las Américas
3. Estándares del Sistema Interamericano sobre el derecho a la salud
4. Estándares internacionales sobre el derecho al acceso a los medicamentos



FECHAS IMPORTANTES SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS EN 2017

Fechas celebrativas

- 4 de febrero: Día Mundial del Cáncer
- 7 de abril: Día Mundial de la Salud
- 28 de julio: Día Mundial de la Hepatitis
- 1 de diciembre: Día Mundial de VIH/SIDA
- 12 de diciembre: Día de la Salud Universal

Agenda de acceso a medicamentos

- 26 de enero al 3 de febrero, Ginebra: Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.
- 8 de marzo, Ginebra: Panel de Acceso a Medicamentos con debate sobre el Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos en la 34 Sesión Regular del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas.
- 22 al 31 de Mayo, Ginebra: 70a Asamblea Mundial de la Salud.



- 2 al 3 de octubre, Ginebra: Foro Social sobre VIH/SIDA e ITS en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Agenda de Empresas y Derechos Humanos

- 23 al 27 de octubre, Ginebra: Tercer ciclo del Grupo de Trabajo sobre Tra-

tado Vinculante para Transnacionales en Derechos Humanos. Presentación del primer borrador del Tratado.

- 27 al 29 de noviembre, Ginebra: 60 Foro de Empresas y Derechos Humanos en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

SITUACIÓN DEL ACCESO A MEDICAMENTOS EN PAÍSES DE LAS AMÉRICAS

ARGENTINA

- **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

*La herramienta más importante en aplicación al momento, y que urge defender ante los ataques de las farmacéuticas multinacionales, son las guías de patentabilidad que rigen desde 2012 y cuyos estrictos criterios, que evitan los abusos como el evergreening¹, han permitido aumentar exponencialmente el número de patentes inmerecidas rechazadas. Además GEP viene presentando desde 2012 diversas oposiciones a solicitudes de pa-

tentes ilegítimas que se encuentran pendientes de resolución (Truvada, Atripla, Kaletra, Sofosbuvir).

- **Buenas prácticas:**

*La aplicación rigurosa de las guías de patentabilidad es hoy fundamental: desde 1993 hasta 2012 (año de su entrada en vigor) 73 patentes fueron solicitadas vs. Sólo 2 entre 2012 y 2016. Más aún: de las patentes resueltas en el primer período el 49% fueron otorgadas, mientras que desde la vigencia de las guías sólo se otorgó en el 4% de las solicitudes resueltas.

- **Principales amenazas:**

*Nuevas resoluciones del INPI (N° 56/2016) que permiten otorgar patentes si han sido aprobadas en otros países, vulnerando la soberanía y legislación argentina en la materia.

¹ En el ámbito farmacéutico esta expresión se utiliza para describir la práctica de corporaciones farmacéuticas de patentar "nuevas innovaciones" que en realidad son moléculas ya conocidas a las que se les han realizado ligeras modificaciones. Este estrategia conlleva a mantener monopolios farmacéuticos de manera indeterminada, bloqueando así la posibilidad de contar con versiones genéricas que se traduzcan en acceso a tratamientos seguros y eficaces.

*La connivencia y conflicto de interés de las nuevas autoridades del INPI con el sector farmacéutico multinacional.

*Pésima gestión de las nuevas autoridades e inestabilidad en el Ministerio de Salud, incluyendo subejecuciones presupuestarias y denuncias sobre faltantes de medicamentos antirretrovirales en todo el país, y

*El juicio de CAEMe al Estado por la adopción de las guías de patentabilidad.

• **Oportunidades de acción para CIDH:**

*Apoyar la campaña “CAEMe ¡Abandonen el caso!”, que exige a las 27 multinacionales farmacéuticas representadas en esa cámara que desista del juicio al Estado argentino por adoptar medidas que protegen la salud pública de los abuso al sistema de propiedad intelectual.

BRASIL 

• **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

* De las 11 medidas regularmente adoptadas por los países para la protección de la salud pública, la legislación brasileña sobre propiedad intelectual:

* Adoptó 6 medidas (participación de autoridades sanitarias en el examen de la solicitud de patente, aplicación

nacional de los criterios de patentabilidad, excepciones a la patentabilidad, excepción Bolar, uso experimental, licencia obligatoria).

* Adoptó restrictivamente 3 medidas (importación paralela, oposición de patentes y uso público no comercial).

* No adoptó 2 medidas (licencia obligatoria de exportación en caso de incapacidad de producción local y periodo de transición).

*La participación de autoridades sanitarias en el examen de la solicitud de patentes, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), es conocida como “anuencia previa de ANVISA”.

*Licencia obligatoria: solamente se ha emitido licencia compulsoria una única vez, para el anti-retroviral Efavirenz en el 2007.

• **Buenas prácticas:**

*La anuencia previa de ANVISA, que ha impedido el abuso del sistema de patentes a través de la negación de patentes farmacéuticas indebidas que no cumplen los requisitos legales de patenteabilidad. Tal mecanismo promueve la perspectiva de salud pública **em el examen de patentes y amplia el acceso económico a los medicamentos.**



PEC 55/241 = MORTE

- **Principales amenazas:**

*Retrosesos legislativos, particularmente la PEC 55 que congela los gastos públicos en salud para los próximos 20 años.

*Los ataques judiciales y el lobby en el Poder Legislativo por parte de empresas farmacéuticas contra salvaguardas de salud pública en leyes de propiedad intelectual. Particularmente, el caso judicial de asociación farmacéutica INTERFARMA contra la salvaguarda de la anuencia previa de ANVISA en el examen de patentes.

*Tratados de libre comercio con capítulo de propiedad intelectual, sin transparencia ni estudio de impacto en los derechos humanos.

- **Oportunidades de acción para CIDH:**

*Apoyar en sus informes buenas prácticas como la anuencia previa de ANVISA.

*Apoyar reformas legislativas que permitan que la Ley de Propiedad Intelectual incorpore todas las salvaguardias de salud pública disponibles y excluya las medidas conocidas como TRIPS-plus.

*Apoyar políticas que utilicen plenamente las salvaguardias de salud pública para la promover la accesibilidad de los medicamentos más adecuados y de mayor calidad en los sistemas públicos de salud y en el mercado.

*Condenar las violaciones de empresas farmacéuticas como el caso judicial de la asociación de 52 farmacéuticas (Interfarma) y apoyar la campaña “Interfarma, Drop the Case!”

COLOMBIA

- **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

*Licencias obligatorias: Si bien Colombia las adoptó en su orde-

namiento jurídico, en la práctica no ha ejercido este derecho-obligación. Los únicos dos intentos de ejercerlo han sido iniciativas de la sociedad civil para el anti-retroviral Kaletra(r) en el 2008, y el anticancerígeno Glivec(r) en el 2014. El Reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos del Secretario General de la ONU, recientemente publicado, relata las dificultades y fuertes presiones por parte de gobiernos y corporaciones que sufren los países que intentan ejercer este derecho-obligación²;

*Importaciones paralelas: Mediante decreto interno (Decreto 677 de 1995, art. 31.1.b) el país, en la práctica, renunció a este derecho que había adquirido como miembro de la CAN.

*Participación de autoridades sanitarias en el examen de la solicitud de patente (Anuencia Previa): este derecho-obligación fue incluido por el Gobierno Nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015) con un carácter no vinculante. Hasta la fecha no ha sido reglamentado.

• Buenas prácticas:

*La inclusión en la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 promueven la participación de autoridades sanitarias

en el examen de solicitudes de patentes (artículo 70), la negociación centralizada de precios de medicamentos, dispositivos e insumos médicos (artículo 71) y la posibilidad de establecer precios de control directo para nuevos medicamentos con base en la evaluación de su aporte terapéutico (artículo 72).

*Cabe anotar que estas medidas aún no han sido desarrolladas por el Ministerio de Salud y que los artículos 71 y 72 fueron demandados por inconstitucionalidad y, posteriormente, declarados exequibles por la Corte Constitucional.

• Principales amenazas:

*Notificación de parte de Novartis al Gobierno Colombiano de la intención de iniciar un arbitraje de inversión en el contexto del Tratado Bilateral de Inversión Colombia – Suiza, por tratar de imponer un control en el precio del tratamiento con Glivec(R)³ para la leucemia mieloide crónica y otros tipos de cáncer.

*El artículo 9 del decreto 1782/2014, que reglamenta el registro sanitario para medicamentos biológicos y biotecnológicos promoviendo el acceso y la calidad de estos costosos medicamentos, fue demandado por el gremio de las corporaciones

² Reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos del Secretario General de la ONU. 14 de Septiembre de 2016. Páginas: 24 y 25. Disponible en: <http://www.unsgaccessmeds.org/final-report>

³ En Internet: <http://ciarglobal.com/es/novartis-presiona-a-colombia-con-un-arbitraje-internacional/>



multinacionales farmacéuticas⁴. La entrada en vigencia de este decreto permitiría el ingreso al mercado de versiones genéricas de medicamentos biológicos y traería millonarios ahorros para el sistema de salud del país.

*Presiones de parte de EE.UU a través del proceso Special 301 para que Colombia se abstenga de tomar medidas priorizando el derecho a la salud por encima de los derechos de propiedad intelectual.

*Dilatación del proceso de reglamentación de los artículos 70, 71 y 72 de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo.

• **Oportunidades de acción para CIDH:**

*Solicitar ao governo da Colômbia por meio dos seus relatórios:

- * Un ejercicio expedito y efectivo del derecho-obligación de otorgar licencias obligatorias.
- * Una pronta reglamentación de los artículos 70, 71 y 72 de la Ley 1753 de 2015.
- * Aplicar de manera plena y efectiva las metodologías existentes en la normativa vigente sobre control de precios de medicamentos con alto impacto sobre el gasto farmacéutico.

*Seguir tomando medidas que promuevan el acceso a medicamentos por parte de la población superando las presiones de tipo jurídico, económico y político que reciba ya sea de parte de otros Gobiernos o de compañías farmacéuticas multinacionales. Instar en sus informes de país al Gobierno de los EE.UU a que se abstenga de presionar a los demás países de la región para que no tomen decisiones en favor del derecho a la salud de sus ciudadanos.

PERÚ 

• **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

*Intención del Ministerio de Salud de utilizar la licencia obligatoria para atazanavir a fin de mejorar el acceso a medicamentos al reducir su precio a través de la competencia.

*El gobierno solicitó a través del Medicine Patent Pool ser incluido en la licencia voluntaria de Bristol Myers Squibb a fin de acceder a medicamentos competidores, esto fue negado por la farmacéutica.

• **Buenas prácticas:**

*Adopción del reglamento para registro y comercialización de productos biotecnológicos.

⁴ En Internet: <http://consejodeestado.gov.co/actuaciones.asp?numero=11001032400020170002500>

• **Principales amenazas:**

- *La ausencia de pautas de patentamiento genera arbitrariedad en el otorgamiento de patentes.
- *Ataques judiciales de farmacéuticas transnacionales para bloquear el registro y comercialización de biosimilares (competidores).
- *Compromisos en los tratados de libre comercio que fortalecen los Derechos de Propiedad Intelectual ampliando la materia a proteger, generando nuevos mecanismos de monopolio.
- *Lobby de las farmacéuticas transnacionales en el poder ejecutivo, específicamente en el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo para bloquear el uso de la licencia obligatoria.
- *Presión del gobierno de EEUU, intercediendo en el Ministerio de Salud que tiene la intención de utilizar la licencia obligatoria.
- *Presión a través del informe 301 para en la implementación del reglamento de biotecnológicos y la participación de Perú en el acuerdo Trans Pacífico TPP.

• **Oportunidades de acción para CIDH:**

- *Instar al gobierno de Perú a respetar las líneas rojas en materia de acceso a medicamentos y salud pública en el marco de negociación de nuevos acuerdos comerciales. No aceptar nuevos compromisos que fortalezcan

los derechos de propiedad intelectual.

- *A través de sus informes, instar al gobierno peruano al uso de las licencias obligatorias para acceder a medicamentos a precios justos.
- *Instar al gobierno de los EEUU a que se abstenga de interceder en decisiones soberanas como el uso de la licencia obligatoria.
- *Instar a las farmacéuticas transnacionales a no utilizar la judicialización como mecanismo de bloqueo temporal de los competidores biotecnológicos que solo retrasan la competencia y el precio justo.

GUATEMALA 

• **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

- *A la fecha en el uso de flexibilidades, se tuvo el intento de licencia obligatoria en el 2012 a través del Acuerdo Ministerial 472-2012. (Descrito más abajo como buenas prácticas).

• **Buenas prácticas:**

- *En el 2012 fue emitido el Acuerdo Ministerial 472-2012⁵ que aunque no tuvo mayor impacto, si logro disminución del precio del medicamento en mención de entre \$85 y \$100 que se com-

⁵ Acuerdo Ministerial 472-2012. Disponible en: http://www.itpc-lat-ca.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=6:informes&Itemid=31



praba al actual precio de alrededor de \$65.00.

- **Principales amenazas:**

*La principal amenaza la constituye la misma Legislación: Ley de Propiedad Industrial, Decreto 57-2000 es la principal ley relativa a la Propiedad Intelectual y su objetivo es la protección, estímulo y fomento a la creatividad intelectual que tiene aplicación en el campo de la industria y el comercio y, en particular, lo relativo a las patentes de invención, así como la protección de los secretos empresariales.

- **Oportunidades de acción para CIDH:**

*Apoyar la licencia obligatoria de la combinación de medicamentos de Lopinavir 200mg y Ritonavir 50mg tableta involucrando al Poder Legislativo, Ejecutivo y Ministerio de Salud.

URUGUAY

- **Salvaguardias de salud (flexibilidades del ADPIC):**

*En nuestro país no se ha puesto en marcha la discusión sobre la flexibilizaciones del ADPIC por lo que en primera instancia este es un muy buen comienzo ya que de otro modo seguimos discutiendo el problema del acceso a los MAC como problemas de evidencia científica o de reacciones adversas o estadios cuando

es un tema del precio que fijan las farmacéuticas sustentado por ley de patentes. Entre ellas las licencias obligatorias y la importación paralela serían adecuadas en este momento. No está en la agenda el tema de las flexibilizaciones, es decir se asume el precio (mejor que el costo) impuesto por el laboratorio y solo se discute alguna rebaja puntual.

*No existe política de genéricos aunque se ha aprobado un decreto 12/2007 “Intercambiabilidad de medicamentos” que no ha logrado prosperar y que incluía en su proyecto dos centros de Biodisponibilidad y Bioequivalencia.

- **Buenas prácticas:**

*Lo que podría ser una buena práctica ha sido la centralización de las compras del estado. Se ha avanzado lentamente en compra centralizada que han bajado precios de medicamentos por intermedio de la UCA (Unidad Centralizada de Adquisiciones) que depende del Ministerio de Economía y Finanzas pero aún no se ha llevado esta iniciativa a la adquisición de medicamentos de alto costo. Sería importante en este momento que se retomaran negociaciones por MERCOSUR y posibles tratados, ya que al centralizar compras MERCOSUR /PACTO ANDINO por ejemplo sería una forma de alcanzar mejores precios.

• **Principales amenazas:**

*En Uruguay no hay una política de genéricos aunque hay un decreto al respecto desde 2007 que no ha podido llevarse adelante. Es más en ese sentido se ha retrocedido ya que de los dos centros de biodisponibilidad y bioequivalencia no se encuentran funcionando.

*Una de las amenazas es el retroceso de la política de genéricos que quiso llevar adelante (o así parecía) el gobierno en la primera presidencia del Dr. T. Vázquez. No se ha visto el problema en forma global ya que al no contar con genéricos triunfa el argumento de las grandes empresas de que lo mejor es el original llevando a la desconfianza de los genéricos (lo que sería un problema adicional para la licencia obligatoria). Esta es un problema serio ya que al no contar con este tipo de voluntad política se dificulta el acceso a los medicamentos en general y por supuesto en particular los medicamentos de alto costo. Hay una campaña organizada en desacreditar los medicamentos genéricos por parte de las corporaciones farmacéuticas y especialmente los biosimilares en el momento en que están caducando sus patentes.

*La elaboración de la Ordenanza 692 del Ministerio de Salud Pública del 26 de Agosto del 2016, que regula el acceso a los medicamentos de alto costo.

*Particularmente para la Hepatitis C, la elaboración de un protocolo, con fecha 15 de Febrero de 2017, por parte del Fondo Nacional de Recursos que limita el acceso a los Antivirales de Acción Directa que se han incluido en dicho Fondo únicamente a pacientes en lista de trasplante o pre-trasplante hepático y coinfectados con HIV.

*Los altos costos de los exámenes que son requisito para solicitar la medicación, terminan siendo un obstáculo más para el paciente.

• **Oportunidades de acción para CIDH:**

*Reconocer y difundir que el precio atenta contra un derecho humano esencial.

*Impulsar las licencias obligatorias y trabajar para que el derecho a la salud esté por encima del de propiedad intelectual.

*Presionar a través de campañas, reuniones científicas, para divulgar la necesidad de los genéricos como problema de salud pública por falta de acceso e inequidad.

*Para el caso concreto de Hepatitis C el acuerdo ADPIC permite su flexibilización por ser en este caso un medicamento esencial que cambia totalmente el curso evolutivo de una enfermedad mortal, incluso en el peor de los casos se puede considerar caso de excepción para la licencia



obligatoria (el estado adquiriendo genérico).

*Instar a que el Ministerio de Salud a través de la aplicación de las flexibilización de ADPIC (que repetimos no se están llevando adelante por temor a represalias de OMC) consiga resolución estatal y regional (que incluso reducirá notoriamente los gastos en este sentido del Poder Ejecutivo).

*Investigar las acciones realizadas en Uruguay por parte de los afectados, en solicitud de del respeto de los Derechos Humanos de los afectados por Hepatitis c. En el año 2014 nuestra Asociación presentó denuncia formal ante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo con oficio 482/2014 que se reitera en oficio 542/2014 y se consideró reiterar por parte de este organismo en oficio 602/2014 nuevamente.

CONTEXTO REGIONAL

• Principales amenazas regionales:

*Negociación de un tratado de libre comercio entre Mercosur y Unión Europea. Su proceso de negociación no ha sido transparente, no hay un estudio de impacto del tratado en derechos humanos ni consultas con la sociedad civil.

*Presiones formales e informales por parte de otros países y de

empresas nacionales y transnacionales contra el derecho de los países de utilizar las salvaguardias de salud pública (flexibilidades del ADPIC).

• Oportunidades de acción para CIDH en el ámbito regional:

*Incorporar en su agenda la falta de medicamentos necesarios en las Américas, al igual que nuestras cuatro propuestas encaminadas a superarla;

*Poner al servicio de esta causa los instrumentos a su alcance, entre ellos los informes anuales y especiales, eventos académicos para la concientización y la búsqueda de soluciones, y recomendaciones a los Estados Miembros para que reconozcan la prevalencia del derecho a los medicamentos sobre los derechos de propiedad intelectual y actúen en consecuencia;

*Respaldar públicamente el Reporte del Panel de alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas;

*Unirse al empeño de conseguir que las conductas de las farmacéuticas y otros autores del bloqueo a medicamentos genéricos con precios asequibles y violaciones a los derechos humanos sean previstas en un marco normativo internacional;

*Mientras no se logra el fin de patentes para medicamentos esenciales, defender el derechos

de los Estados del uso pleno de las salvaguardias en salud pública del Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual, y condenar públicamente los Estados que amenazan o obstaculizan directa o indirectamente dicho derecho.

ORGANIZACIONES LOCALES FIRMANTES DE LA INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS:



- Acción Internacional para la Salud (AIS - Peru)
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA - Brasil)
- Comisión Colombiana de Juristas (CCJ - Colômbia)
- Comunidad Hepatitis C (Uruguay)
- Conectas Direitos Humanos (Brasil)
- Fundación IFARMA (Colômbia)
- Gestos Soropositividade (Brasil)
- Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro (GPV-RJ - Brasil)
- Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP - Argentina)
- Misión Salud (Colômbia)

- Pastoral da Aids/RJ (Brasil)
- Rede Jovem Rio+ (Brasil)
- Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids - Núcleo São Luís/MA (RNP+SLS/MA - Brasil)
- Salud y Fármacos (Estados Unidos)
- Universidades Aliadas por Medicamentos Essenciais (UAEM - Brasil)

ORGANIZACIONES Y REDES INTERNACIONALES Y REGIONALES FIRMANTES DE LA INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN LAS AMÉRICAS:



- Alianza LAC - Global por el Acceso a Medicamentos
- Asociación Civil Acción Internacional para la Salud Latinoamérica y el Caribe (AIS LAC)
- Cáritas América Latina y el Caribe (Cáritas)
- Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM)
- International Treatment Preparedness Coalition Latin American and Caribbean (ITPC - LATCA)
- Red Latinoamericana por el Acceso a Medicamentos (RedLAM)





ADJUNTO I

ESTÁNDARES DEL SISTEMA INTERAMERICANO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

Documentos

CONVENCIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS, 1969 (VIGOR 1978)



CAPÍTULO III DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES - Artículo 26. Desarrollo Progresivo: Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr **progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos**, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la me-

dida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

**“Protocolo de San Salvador”:
Protocolo Adicional a la Convención
Americana en Materia de Derechos
Económicos, Sociales y Culturales,
1988 (vigor 1999)**

“Artículo 10 - Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; *(nuestro destaque)*
- e) la educación de la población sobre la prevención y

tratamiento de los problemas de salud;

- f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

**Indicadores de Progreso para
Medición de Derechos Contemplados
en el Protocolo de San Salvador,
2011**

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: 1. Disponibilidad; 2. Accesibilidad (4 dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información); 3. Aceptabilidad; y 4. Calidad.” *(nuestro destaque)*

CASOS

- Caso 12.484, Cuscul Pivaral y otros, respecto de Guatemala.

*El caso se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por la violación de diversos derechos establecidos en la Convención Americana en perjuicio de 49 víctimas que fueron diagnosticadas con VIH/SIDA entre 1992 y 2003. Hasta los años 2006 y 2007 tuvo lugar una falta total de atención médica estatal a estas personas con VIH/SIDA y en situación de pobreza.

*La Comisión Interamericana sometió el caso a la jurisdicción de la Corte el 2 de diciembre de



2016, porque consideró que el Estado no cumplió con las recomendaciones contenidas en el Informe de Fondo. En particular, el Estado no informó sobre medidas de reparación individual para los familiares de las víctimas fallecidas y para las víctimas sobrevivientes.

*Este caso permitirá a la Corte Interamericana desarrollar su jurisprudencia sobre las obligaciones internacionales del Estado derivadas del derecho a la vida, integridad y salud, respecto de personas que viven con VIH/SIDA bajo su jurisdicción. Específicamente, el caso permitirá a la Corte profundizar en las especificidades de la atención integral en salud de que son titulares dichas personas, incluyendo la realización de exámenes de diagnóstico y seguimiento, el otorgamiento de medicamentos antirretrovirales y el seguimiento físico y psicológico necesario. Asimismo, la Corte Interamericana podrá pronunciarse sobre las características con las que debe contar un recurso para proteger la vida, integridad personal y salud de personas que viven con VIH/SIDA a fin de que sea considerado como sencillo y efectivo en los términos de la Convención.

- Caso Tribu Ache Vs. Paraguay. En este caso la CIDH consideró la negación de atención médica y medicinas durante epidemias como una violación del de-

recho a la preservación de la salud y al bienestar establecido en la Declaración Americana en su artículo XI.

- Caso Yanomami Vs. Brasil. En este caso la CIDH declaró que el Estado había violado el derecho a la preservación de la salud y al bienestar de esa comunidad indígena “por la omisión de haber adoptado oportuna y eficazmente medidas” en este caso para evitar el considerable número de muertes por epidemias de influenza, tuberculosis, sarampión, malaria, enfermedades venéreas, etc. que sufrieron los integrantes de esta comunidad.
- Salvamento de voto de la jueza Margarette Macaulay en el caso Furlan y familiares vs. Argentina. Este caso trata sobre los problemas en el acceso a rehabilitación para un niño con discapacidad. La Corte encuadró las diversas violaciones ocurridas en dicho caso en los artículos 8o y 25 de la Convención (sobre garantías judiciales, protección judicial y acceso a la justicia) y se analizó el impacto negativo en el acceso a una debida rehabilitación en el marco del derecho a la integridad personal. Al respecto, la jueza Macaulay consideró que el caso también se podría resolver a través de la aplicación del artículo 26 de la Convención Americana en relación con la aplicación progresiva de los Derechos Económicos, sociales y culturales.
- La Corte IDH ha analizado el derecho a la salud a través del derecho a la vida digna en un importante número de casos, en donde ha estudiado las condiciones de vida en las que se encuentran las personas por determi-

nadas situaciones de salud y la posible violación del artículo 4 de la Convención Americana en lo relacionado con la vida digna. Se tienen entonces los siguientes casos, que sin bien no tratan directamente sobre el acceso a medicamentos, plantean posturas en relación con el derecho a la salud que es menester anotar:

*Villagrán Morales y otros vs. Guatemala. “[e]n esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieren para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”.

*Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay. En este caso, la Corte consideró que “un Estado tiene, respecto de niños privados de libertad y, por lo tanto, bajo su custodia, la obligación de, inter alia, proveerlos de asistencia de salud y educación”.

*Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. En este caso, la Corte respecto a ciertos fallecimientos ocurridos en la Comunidad, el Tribunal observó que varios miembros de la Comunidad fallecieron por enfermeda-

des que eran de fácil prevención si hubieran recibido asistencia periódica y constante o un control adecuado de salud.

*Ximenes Lopes contra Brasil. En este caso la Corte señaló que los Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental, lo cual implica asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos, la promoción de la salud mental, la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posible, y la prevención de las discapacidades mentales.

AUDIENCIAS PÚBLICAS

PLENARIAS Y PARTICIPACIONES DE MOVILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

- Derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud – 123 Período de Sesiones
- Derecho a los beneficios del progreso científico en las Américas – 143 Período de Sesiones
- Derecho a la alimentación y regulación de semillas en las Américas – 153 Período de Sesiones
- Derecho a la salud y acceso a medicamentos en Venezuela - 158 Período de Sesiones
- Derecho a la salud y la falta de medicamentos en las Américas - 159 Período de Sesiones





ADJUNTO II

OTROS DOCUMENTOS RELEVANTES

OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE



Medio de ejecución 3.b del Objetivo 3: Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a medicamentos para todos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD

PREPARAR A LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE SOBRE LA SALUD, 2015

“Aún queda mucho por hacer en lo que se refiere a las grandes inequidades existentes en el acceso a los medicamentos. El desembolso directo de los usuarios en medicamentos sigue siendo alto, al tiempo que muchas enfermedades que afectan a los más desfavorecidos y las poblaciones más vulnerables carecen de un tratamiento apropiado. La inclusión de los medicamentos esenciales entre las garantías sanitarias es fundamental para asegurar el acceso universal a los medicamentos y la cobertura universal de salud, y esto sigue siendo un reto. Con respecto a las vacunas, es necesario aumentar y mantener una cobertura de vacunación alta para proteger a los individuos y las comunidades de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

MANDATOS ACTIVOS DA OPS SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS:

- Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 - Categoría 4 - Sistemas de salud
- Acceso a los medicamentos ([resolución CD45.R7](#)).
- Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional ([resolución CD48.R15](#)).
- [Agenda de Salud para las Américas 2008-2017](#). El acceso a medicamentos

y tecnologías de salud es un requerimiento para tener intervenciones de salud efectivas. Para promover el acceso a los medicamentos los países deben considerar: a) usar al máximo las provisiones en los acuerdos de comercio, incluyendo sus flexibilidades; b) fortalecer el sistema de provisión; c) fortalecer los mecanismos de compras subregionales y regionales; d) promover el uso racional de los medicamentos; y, **e) reducir las barreras tarifarias a los medicamentos y tecnologías de salud.**





ADJUNTO III

ESTÁNDARES INTERNACIONALES SOBRE EL DERECHO AL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS



El acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para lograr progresivamente la plena realización del derecho a la salud física y mental⁶. Aspectos claves relacionadas con el acceso a los medicamentos deben ser llevadas en cuenta, tales como: la financiación sostenible, la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos.

Los países que han ratificado el PIDESC tienen el deber de impedir que los precios exageradamente altos para el acceso a los medicamentos esenciales de socavar el derecho a la salud. También están obligados a tomar medidas para realizar progresivamente el derecho a la salud, prohibir las

⁶ UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/61/338, paragraph 40.

medidas regresivas e inmediatamente cumplir con sus obligaciones mínimas⁷.

Diversas resoluciones⁸ del Consejo de Derechos Humanos sobre el acceso a los medicamentos afirman la responsabilidad primaria de los Estados de garantizar el acceso a los medicamentos para todos, sin discriminación, en particular a los medicamentos esenciales que sean asequibles, seguros, eficaces, culturalmente aceptables y de buena calidad. Dichas resoluciones también reiteran el derecho a la plena utilización de las flexibilidades de los ADPIC, así como la obligación de adoptar todas las medidas disponibles para proteger el derecho a la salud.

Cualquier régimen de propiedad intelectual que hace que sea más difícil para un Estado Parte no cumplir con sus obligaciones básicas en relación con la salud es incompatible con las obligaciones jurídicamente vinculantes del Estado parte 9 . Si bien se pueden asignar derechos de propiedad intelectual, limitarlos en el tiempo y en su alcance, enmiendarlos e incluso renunciarlos, los derechos humanos son la expresión atemporal de derechos fundamentales de la persona humana. Además, los regímenes de propiedad intelectual protegen principalmente los intereses comerciales y corporativos e inversiones⁹.

7 UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS [CESCR], General Comment n. 17. The right of everyone to benefit from the protection of the moral and material interests resulting from any scientific, literary or artistic production of which he or she is the author (art. 15). par.1 (c). E/C.12/GC/17. Paragraph 35. (2006).

8 UNITED NATIONS. GENERAL ASSEMBLY. HUMAN RIGHTS COUNCIL. A/HRC/RES/12/24, A/HRC/RES/17/14, A/HRC/RES/23/14.

9 UNITED NATIONS. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS [CESCR], General Comment n. 17. The right of everyone to benefit from the protection of the moral and material interests resulting from any scientific, literary or artistic production of which he or she is the author (art. 15). par.1 (c). E/C.12/GC/17. Paragraphs 2 and 3. (2006).





**AMÉRICA
LATINA**

AUDIENCIA SOBRE
ACCESO A MEDICAMENTOS
CELEBRADA POR
LA COMISIÓN
INTERAMERICANA
DE DERECHOS
HUMANOS (CIDH)



Realização



Apoio



WWW.DEOLHONASPATENTES.ORG

[TWITTER.COM/GTPI](https://twitter.com/GTPI)

[FACEBOOK.COM/GTPI.REBRIP](https://facebook.com/GTPI.REBRIP)

[YOUTUBE.COM/USER/GTPIREBRIP](https://youtube.com/user/GTPIREBRIP)