

“Derecho a la salud y las patentes farmacéuticas en las relaciones internacionales”

Torroba, Rodrigo (FCEyJ, UNLPam)

ABSTRACT: El derecho a la salud se encuentra directamente vinculado con el acceso a los medicamentos adecuados para tratar las patologías. Asimismo dicho acceso se ha visto obstaculizado por el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio de 1994. Las tensiones que se producen entre los derechos de propiedad intelectual y el derecho a la salud han llevado a que los actores internacionales adopten distintas conductas. El objetivo del presente trabajo consiste en analizar el comportamiento, vinculado al problema antes enunciado, de los Estados (centrales y periféricos), las grandes farmacéuticas y las organizaciones sociales de la sociedad civil internacional.

Introducción

En el presente trabajo abordaremos los vínculos y acciones de los Estados, empresas farmacéuticas (en adelante EF) y organizaciones de la sociedad civil en la temática vinculada a la propiedad intelectual (en adelante PI) y su impacto sobre el derecho a la salud. Para una exposición clara dividiremos el trabajo en dos partes: en primer lugar, y a modo de introducción, haremos una breve referencia al problema que vincula a la PI y el derecho a la salud; luego haremos un análisis del accionar de los citados actores (estados, empresas y organizaciones de la sociedad civil) en lo referente a la cuestión en estudio, prestando especial atención a los casos de Brasil y Sudáfrica.

El impacto de las patentes en el derecho a la salud

Hace ya tiempo que el derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano fundamental. Uno de los núcleos centrales de este derecho se vincula con el acceso a medicamentos y a un tratamiento adecuado para atender las enfermedades que afecten a las personas. Por lo tanto, para lograr un avance en el cumplimiento del citado derecho, los estados deberían diseñar y aplicar políticas tendientes a asegurar el acceso universal a los medicamentos.

Sin embargo, los estados encuentran obstáculos jurídicos, políticos y económicos para la realización de dicho objetivo. Dentro de los mismos cobra especial importancia la vigencia de la normativa global que tutela derechos de propiedad y posterga derechos



Instituto de Relaciones Internacionales

Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Calle 48 entre 6 y 7, 5º piso - Edificio de la Reforma - La Plata - Argentina

(54-221) 4230628 conaresoiri@iri.edu.ar www.iri.edu.ar

Instituto de Relaciones Internacionales - UNLP @iriunlp

humanos, nos referimos particularmente al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC, es también conocida su sigla en inglés: TRIPS).

Dicho acuerdo fue adoptado en 1994, se trata de uno de los anexos que se firmaron al crearse la Organización Mundial del Comercio (OMC). En dicha ocasión, un grupo de empresas de Estados Unidos, Europa y Japón se organizaron para presionar a sus gobiernos para que éstos impulsen la creación de una normativa referida a la PI más beneficiosa que la vigente en ese momento. Así fue como en los Estados Unidos *una docena de grandes empresas estadounidenses de diversos sectores, la mitad relacionadas con la farmacia y la biotecnología, constituyó un Comité de la Propiedad Intelectual- en inglés, IPC- con el explícito objetivo de incluir este asunto en la agenda del GATT durante la Ronda de Uruguay* (Barrutia y Zábalo, 2003: 183). Así fue como los actores privados lograron determinar el contenido del Acuerdo sobre los ADPIC, es por tal motivo que *se afirma que el régimen de protección de los derechos de propiedad intelectual de la OMC es una construcción social de agentes privilegiados cuyos intereses fueron articulados a través de los Estados Unidos* (Seuba, en <http://www.descweb.org/files/cap12.pdf>, fecha de acceso: 15 de septiembre de 2012) Es necesario remarcar que hasta la fecha no se vinculaba directamente a la PI con las cuestiones comerciales, pues más allá de los acuerdos referidos al tema se lo reservaba como una cuestión de soberanía nacional, luego de la creación de la OMC ello cambió por completo.

Asimismo, cabe destacar que la eficacia de dicha normativa, a partir de su vigencia en el marco de una organización como la OMC que tiene potestades para resolver conflictos e imponer sanciones, pasó a tener mayor acatamiento que las anteriores. Por otro lado, las presiones de los estados centrales y las grandes transnacionales sobre estados periféricos para lograr una protección amplia de los derechos de propiedad intelectual (en adelante DPI) han sido una constantes en los últimos años.

Finalmente, es importante señalar que las empresas impulsoras de la iniciativa y los estados que actuaron en defensa de sus intereses tuvieron en cuenta exclusivamente las potenciales ganancias económicas de los grandes grupos económicos. Como consecuencia de ello, al poco tiempo de su vigencia, se evidenciaron las fuertes tensiones generadas entre el Acuerdo sobre los ADPIC y los derechos humanos vinculados a la salud (aunque también a la alimentación y a la educación).

La propiedad intelectual y sus fundamentos

Los derechos de propiedad intelectual han surgido como mecanismos para proteger las invenciones y creaciones intelectuales, uno de ellos ha sido denominado *patente*. Mediante una patente se otorga un monopolio en la explotación de la invención por un plazo determinado (de 20 años en la normativa del Acuerdo sobre los ADPIC: art. 33). Dicho beneficio tiene una doble función: recompensar a aquellos que hayan puesto sus esfuerzos en una actividad intelectual creadora y, por otro lado, fomentar dicha actividad, pues se supone que los réditos económicos que se obtendrán mediante la

explotación monopólica de la invención llevará a que más personas y empresas inviertan en investigación (Correa y Bergel, 1996).

De ello, y en lo que hace al derecho a la salud, se deduce que las patentes tienen como objetivo y función lograr un avance científico que beneficie, en definitiva, a toda la humanidad, pues supone que todos seremos beneficiarios de los nuevos y más eficaces medicamentos y tratamientos médicos para las enfermedades. No obstante lo cual, se puede constatar que la adopción del Acuerdo sobre los ADPIC forma parte de un conjunto de medidas tendientes a perfeccionar el proceso de globalización neoliberal.

En la década de 1980 los países centrales se vieron amenazados por un grupo de países emergentes que comenzaron a ser competencia gracias a la copia de técnicas y tecnología. Fue por ello que *los grupos de presión de la industria convencieron a sus gobiernos de la necesidad de vincular el comercio con la protección de los derechos de propiedad intelectual* (Observatorio sobre servicios públicos y globalización: salud, 2001), así es como se comienza a promover una normativa sobre la PI más rígida, lo que desemboca en el Acuerdo sobre los ADPIC.

Las tensiones con el derecho a la salud

Sin embargo, y contrariamente a lo que han argumentado quienes apoyan una defensa amplia de los DPI, el otorgamiento de patentes, no sólo no ha beneficiado a la humanidad, sino que la ha perjudicado en varios aspectos: la explotación monopólica de la invención aplicada a los medicamentos ha llevado a la imposición de precios que son inaccesibles para gran parte de la población mundial y, por otro lado, no asegura una inversión en la investigación para el tratamiento de todas las enfermedades. Como contrapartida, los beneficios obtenidos por las grandes farmacéuticas han sido extraordinarios, en las últimas dos décadas el rubro ha sido uno de los más rentables a nivel internacional¹. En éste punto nos dedicaremos al primero de los problemas indicados.

Justamente, el otorgamiento del monopolio en la explotación permite al inventor imponer un precio mediante el cual, en principio, recupere la inversión efectuada en investigación y desarrollo. En numerosos casos los precios de los medicamentos, por un lado hacen que los beneficios superen a la inversión realizada y, por otro lado, los tornan inaccesibles para gran parte de la población mundial (Kohr, 2009).

Aunque esta cuestión no se detecte con claridad en los países centrales y en aquellos que no lo son pero que han diseñado un sistema de salud que pretende ser universal, en los países periféricos es un grave problema. El derecho a la salud se encuentra directamente vinculado con el acceso a los medicamentos adecuados para tratar las patologías en los estados periféricos: *El coste de los medicamentos representa la parte más importante de los gastos sanitarios de las personas de países pobres. El*

¹ Año tras año la industria farmacéutica es líder mundial en rentabilidad. Como se ve en el gráfico 1, la tasa de beneficio sobre ventas de las empresas farmacéuticas es notablemente superior a la del conjunto de las 500 empresas más grandes del mundo. Así, en 2001 obtuvieron un 16,2% de beneficios respecto de las ventas, frente al 2,1% obtenido por las 500 mayores empresas. Y, de acuerdo también con los datos de Fortune, en 2001, entre las 500 mayores empresas estadounidenses, el sector farmacéutico supera al resto en márgenes de beneficio y alcanza el 18,9% de las ventas. (Barrutia y Zábalo, 2003: 181)

gasto en productos farmacéuticos se sitúa entre el 10 y el 20 por ciento del total de los gastos sanitarios en los países ricos y entre el 20 y el 60 por ciento en los países más pobres. (Oxfam, 2006: 9)

Dichas tensiones se han manifestado con claridad con la epidemia de sida. En el 2009, según datos del informe global de ONU-Sida (http://www.unaids.org/documents/20101123_epislides_core_en, fecha de consulta: 8 de septiembre de 2012), había unas 34 millones de personas infectadas con el virus y un 36 % de ellas tenían acceso a un tratamiento médico “adecuado” (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf, fecha de consulta: 8 de septiembre de 2012). Como puede observarse el acceso a los medicamentos es ciertamente restringido, no obstante lo cual, los avances que se han logrado en los últimos 10 años han sido considerables y esto gracias al accionar de grupos locales y globales cuyo objetivo es el de lograr un acceso público y universal a medicamentos.

Así, por ejemplo, en Sudáfrica, en el año 2005, sólo unas 55.000 personas accedían a un tratamiento adecuado para el HIV-Sida, sobre unas 5.300.000 personas infectadas (cerca de 1,5%), mientras que en 2008, de 5.600.000 de afectados, 730.200 accedieron a tratamientos con antiretrovirales, y en 2010 fueron 1.400.000 (<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>, fecha de consulta: 8 de septiembre de 2012). Pero cabe destacar que estos logros no se han alcanzado gracias a la solidaridad de los estados centrales, ni de las grandes farmacéuticas, antes bien ha sido a pesar de ellos y gracias a la participación de organizaciones locales que han conjugado sus esfuerzos con otras organizaciones globales con influencia en el norte para presionar a gobiernos propios y ajenos.

Salud y mercado

Tal como señalamos, el régimen de PI genera otros problemas. Lo que ha impuesto dicha normativa ha sido la mercantilización de un aspecto que se vincula directamente con los derechos humanos. La creación de un mercado de la salud y, por tanto también, de la investigación científica vinculada a ella y guiada por la lógica del capitalismo conlleva importantes limitaciones.

Como lo afirmaba Rosa Luxemburgo hace más de un siglo: *En cualquier otra sociedad distinta de la sociedad capitalista la producción se determina por las necesidades de consumo. Por el contrario, las necesidades sociales no constituyen en la sociedad capitalista el móvil del productor privado. Éste no tiene en cuenta sino la demanda de los que pueden pagar, y aún esta demanda no es para él sino un medio, el medio indispensable para realizar su plusvalía en dinero constante.* (Luxemburgo, 2007: 18) (La negrita nos pertenece). La conclusión puede ser fácilmente utilizada en el problema que analizamos: crear un mercado de la salud llevará a que se destinen recursos para la investigación y desarrollo de medicamentos para enfermedades que afecten a aquellos sectores del mercado que puedan adquirirlos. Los pobres, en cambio, quedarán excluidos de los beneficios de los avances científicos y tecnológicos.

Y es lo que está sucediendo: las grandes farmacéuticas se preocupan por investigar y desarrollar nuevas medicinas para aquellas “enfermedades” que afectan a

“un sector del mercado” con capacidad adquisitiva, postergando los avances respecto de las enfermedades que afectan a los países periféricos. De este modo:

la protección de la propiedad intelectual puede ser un medio para promover la innovación en los países ricos, las normas sobre la propiedad intelectual no estimulan la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres. Entre 1975 y 2004, tan solo 21 de las 1556 nuevas sustancias químicas comercializadas estaban dirigidas al tratamiento de enfermedades exclusivas de los países pobres, como el paludismo o la bilharziasis (enfermedad tropical causada por gusanos). (Ofxam, 2006: 23).

Por otro lado, la industria farmacéutica se encuentra desigualmente distribuida entre los estados y en manos privadas. Mientras los estados centrales concentran las grandes farmacéuticas con capacidad para innovar, pues allí se concentra *el 97 % de las actividades de investigación y desarrollo* (Barrutia y Zábalo, 2003: 176), los países pobres directamente o no cuentan con industria farmacéutica o cuentan con una industria con capacidad para producir genéricos, lo cual impide el logro de avances en las enfermedades que azotan a las poblaciones más pobres. Esta situación se ha agravado durante las últimas dos décadas, momento en que se viene produciendo un proceso de fusión de las empresas líderes en investigación y desarrollo. Incluso para seguir manteniendo el control del mercado, las grandes farmacéuticas también han avanzado en la compra de laboratorios locales destinados a la producción de genéricos.

Esta desigualdad también se traslada al consumo de medicamentos, en 1997, el 74% de la producción farmacéutica estuvo *destinada a la población de 7 países que en su conjunto no representan ni el 15% de la población mundial*: Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España (Observatorio sobre servicios públicos y globalización: salud, 2001). Como contrapartida, un tercio de la población del mundo y *más de la mitad de las partes más pobres de África y Asia no tienen acceso a medicamentos esenciales y vacunas*. (Observatorio sobre servicios públicos y globalización: salud, 2001)

De este modo, queda postergado el avance respecto de enfermedades que causan verdaderos estragos en los países pobres y enfermedades que han sido erradicadas hace tiempo en los países ricos y que son prevenibles y en casos curables vuelven a afectar a los pobres, los casos son variados y las cifras hablan por sí solas. En África, cerca de 1 millón de personas mueren al año como consecuencia de la malaria (Giaccaglia, 2010: 287); según datos de la Organización Mundial de la Salud en 2010 8,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron, la mayoría de las muertes se concentraron en países de ingresos bajos y medios (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.htm>, fecha de consulta: 15 de agosto de 2012) y 1,8 millones de personas fallecieron a causa del SIDA (<http://www.unaids.org/es/dataanalysis>, fecha de consulta: 25 de agosto de 2012), también la concentración de las defunciones se produjeron en los países pobres.

Por otro lado, existe una necesidad de las EF de obtener ganancias, lo que deriva en la aplicación de políticas que no necesariamente tienen como objetivos la invención de nuevos y más eficaces medicamentos. Esto es así ya que la lógica que guía al sector está sustentada en el mercado, por lo que la primera prioridad es la de obtener

ganancias. Así, por ejemplo, *Pese a la inversión en I+D, las cifras del año 2004 muestran que las empresas gastan, de media, sólo un 14 por ciento de sus ingresos en I+D, comparados con el 32 por ciento dedicados a la comercialización y la gestión. Esto incluye, por ejemplo, cerca de 25.000 millones de dólares anuales destinados a publicidad en revistas.* (Oxfam, 2006: 24).

En suma, a medida que pasan los años las enfermedades son más complejas y, en consecuencia, la investigación se vuelve más costosa, con lo que cada vez se reduce más la creación de medicamentos novedosos. Es por ello que

La política de innovación de los laboratorios farmacéuticos es cada vez más conservadora y menos innovadora: cuando un medicamento protegido por la patente está a punto de perder esa protección y de tener que competir con los genéricos, más baratos, el laboratorio pone en el mercado una variación de la misma molécula con retoques en su farmacocinética para imponer un nuevo líder de ventas a precios muy elevados, y pone en movimiento su maquinaria de promoción a través de publicaciones y congresos para que los médicos prescriban ese nuevo medicamento en vez de los genéricos. En ocasiones, las nuevas moléculas tienen un perfil de seguridad y eficacia incluso inferior al medicamento remplazado, a pesar de su precio muy superior, con el consiguiente perjuicio para los pacientes y los sistemas nacionales de salud. (Esteva de Sagra, 2009).

El derecho a la salud y la PI en las relaciones internacionales

Sin lugar a dudas, la adopción de la normativa destinada a ampliar los DPI (mediante el Acuerdo sobre los ADPIC) es parte del proceso de globalización neoliberal mediante el cual grandes grupos económicos, situados en los estados centrales, pretenden mantener y aumentar su posición dominante a costa de estados periféricos. La dinámica centro-periferia en lo referente a la PI ha sido constatada.

Al momento de las negociaciones, los estados periféricos aceptaron la adopción del ADPIC a cambio de la apertura de las fronteras comerciales para productos textiles, agrícolas e industriales por parte de los estados centrales (Seuba, <http://www.descweb.org/files/cap12.pdf>, fecha de acceso: 15 de septiembre de 2012). Justamente *El hecho de que el Acuerdo sobre la OMC fuese negociado como un solo paquete hizo que resultara más fácil persuadir a los países en desarrollo de que aceptarían normas de DPI más estrictas a cambio de promesas de compensación en la agricultura y los textiles* (Trade Human Rights Equitable Economy, 2006: 45).

No obstante lo cual, si se hace una estimación del resultado que surge de comparar los costos y beneficios que implicó la adopción del Acuerdo sobre los ADPIC y la apertura de los mercados de para productos textiles, agrícolas e industriales, puede observarse cómo se han beneficiado los estados centrales. A modo de ejemplo, para Estados Unidos las ganancias por la vigencia del Acuerdo sobre los ADPIC fue 13 veces superior a las pérdidas por la apertura de sus fronteras comerciales; por el contrario, para la República de Corea, las pérdidas por el citado acuerdo fueron 18 veces superiores a las ganancias (Finger, 2002: 12).

Sin embargo, en oposición y reacción a dicho fenómeno, algunos estados y la sociedad civil se han movilizado para, al menos, atenuar los efectos negativos de la PI antes descritos. Así es como

A pesar de todo lo anterior, un movimiento creciente de solidaridad entre activistas del VIH/sida y ONG del sector de salud, de consumidores y dedicados a promover el desarrollo, que contaba también con la cooperación de los países en vías de desarrollo dentro de los foros internacionales, consiguió que se presionara gradualmente a las empresas y los Estados del Primer Mundo, y ello produjo, en un periodo de cuatro años, una reducción enorme de los precios internacionales de los medicamentos del VIH/sida, incluidas las terapias antirretrovirales. (Klung, 2007: 110).

En la siguiente parte del trabajo, tal como adelantamos, analizaremos cómo se configuraron y se configuran las relaciones entre los estados, las empresas farmacéuticas (EF) y las organizaciones de la sociedad civil en lo que respecta a la PI y el derecho a la salud y cómo ellas influyeron en los avances y retrocesos normativos y fácticos. Particularmente abordaremos dos casos que han sido paradigmáticos en ésta lucha: el de Sudáfrica y el de Brasil.

El caso Sudafricano

En primer lugar, contrariamente a lo que han planteado las EF y algunos estados, es necesario destacar que el Acuerdo sobre los ADPIC recepta *flexibilidades* (tales como las patentes obligatorias y las importaciones paralelas) tendientes a atenuar los efectos negativos que puedan tener las patentes. Incluso dichas flexibilidades son utilizadas con habitualidad por los grandes defensores de la PI (Estados Unidos, Japón, Europa). Sin embargo, en lo referido a los medicamentos, rara vez los estados periféricos utilizaron dichos recursos, y cuando lo hicieron se generaron fuertes conflictos con las EF.

Así fue como Sudáfrica, donde cerca del 20% de los adultos es portador de VIH, a partir de 1996 comenzó a diseñar políticas de salud pública tendientes a atacar el problema, 1997 dictó una ley de enmiendas del control de medicamentos y sustancias relacionadas tendientes disminuir los precios de los medicamentos, particularmente de aquellos para el tratamiento del HIV-sida (Klung, 2007: 115).

Durante esos años, en Sudáfrica existía un sistema de salud privado, al cual accedía una minoría de la población con alta capacidad adquisitiva y un sistema público, caracterizado por la insuficiencia de personal, infraestructura y medicamentos (en calidad y cantidad adecuadas). El precio de los medicamentos para el HIV en el sector privado eran excesivamente elevados (entre 10 y 15 mil USD anuales por paciente), lo cual no perjudicaba sólo a los paciente del sistema privado, también afectaba el sector público, pues se calculaba que cerca del 50% de los medicamentos de los hospitales públicos eran robados y revendidos en el sistema privado (Fisher y Rigamonti, 2005: 3).

Por lo que, dentro de las políticas para la salud pública, una de las decisiones centrales fue la de tomar medidas para disminuir los precios de los medicamentos, para ello, si fuera necesario, se aplicarían las flexibilidades adoptadas en la nueva ley y permitidas por el ADPIC: importaciones paralelas y licencias obligatorias.

Cabe destacar que, en esos años, los tratamientos para el HIV-Sida ofrecidos por las grandes farmacéuticas titulares de patentes costaban entre 10.000 y 15.000 dólares por paciente al año, mientras que los genéricos, producidos en India por ejemplo, se ofrecían a un precio de entre 300 y 600 dólares. Los precios exorbitantes hacían que, a pesar de los esfuerzos de los estados por garantizar un acceso público y gratuito para el tratamiento de la enfermedad, la mayoría de la población quedara excluida de él.

Las grandes EF reaccionaron contra tal decisión, 39 de ellas iniciaron una demanda contra el gobierno sudafricano bajo la acusación de haber violado las normas que protegen la PI. El accionar de las grandes farmacéuticas no se limitó al reclamo judicial en la jurisdicción sudafricana, en 1998 la asociación de fabricantes e instituciones de investigación farmacéutica estadounidense (PhRMA) solicitó al representante de Estado para asuntos comerciales (USTR) que coloque a Sudáfrica bajo la vigilancia de la sección 301 de la ley de comercio, lo que se llevó a cabo en mayo de ese año (Klung, 2007: 117; Fisher y Rigamonti, 2005: 7). Paralelamente el *Congreso de los Estados Unidos amenazó a la administración africana con suspender toda la ayuda al desarrollo (ODA) para su país* (Giaccaglia, 2010: 295). Finalmente el congreso tomó la decisión de suspender el tratamiento arancelario preferencial otorgado a algunos productos importados desde Sudáfrica y disminuir la ayuda (Klung, 2007: 117).

Ante tales medidas, una variedad de organizaciones civiles de Sudáfrica, de los Estados Unidos e internacionales iniciaron campañas en apoyo a la medida adoptada por el gobierno sudafricano. Las organizaciones civiles internacionales como Médicos Sin Fronteras (MSF) y Oxfam, que tienen influencia en la opinión pública de los estados centrales, incluido los Estados Unidos, iniciaron una campaña en la que se daban a conocer las medidas tomadas por el gobierno estadounidense bajo la influencia de las farmacéuticas. Las medidas, en casos llevaron al boicot en el consumo de los productos de las empresas involucradas en la demanda.

En los Estados Unidos, junto con las organizaciones civiles como el Act Up, las movilizaciones provinieron del Black Caucus, corriente política que forma parte del congreso e integrada por afroamericanos, quienes en forma coordinada comenzaron a atacar al vicepresidente y candidato a presidente, Al Gore, en repudio a la política de comercio exterior (Klung, 2007: 121; Fisher y Rigamonti, 2005: 8).

El efecto de las movilizaciones fue contundente, para septiembre de 1999 las medidas contra Sudáfrica fueron dejadas sin efecto y, paralelamente, las compañías farmacéuticas desistieron de su pretensión contra el gobierno en Sudáfrica.

El caso de Brasil

Otro de los casos renombrados ha sido el de Brasil, allí se han desatado fuertes conflictos que han tenido como actores a las empresas, organizaciones de la sociedad civil y el estado (que por momentos ha tenido una conducta ambivalente). De estas tensiones surgió uno de los modelos de salud que más resultados dio en la lucha contra el HIV-Sida. Cabe destacar que, *según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a principios de la década de 1990, Brasil era el tercer país del mundo más afectado por el sida* (Follér, 2008: 6; citado por Giaccaglia, 2010: 294) y las proyecciones indicaban que las consecuencias de la epidemia iban a ser devastadoras. Sin embargo,

desde la citada década, Brasil adoptó una fuerte política en la prevención y tratamiento de la enfermedad, lo que incluía el acceso gratuito a los antiretrovirales.

A inicios de la década de 1990, se calculaba que para principios del nuevo milenio Brasil habría de duplicar sus enfermos de HIV-Sida, es decir se habría pasado de tener unos 600.000 portadores de HIV-Sida a 1.200.000. Sin embargo su política ha logrado neutralizar el avance, reducir las transmisiones, disminuir sustancialmente la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Paralelamente, dichas políticas también implican una fuerte disminución en gastos de hospitalizaciones, lo que implicó un ahorro de unos 2.300 millones de dólares (Costa Chaves, et al, 2008: 169) entre 1993 y 2003.

Dicha decisión incluyó la amenaza y luego la utilización de las flexibilidades receptadas por el ADPIC. Así fue que en 2007, mediante el decreto 6108, se concedieron licencias obligatorias respecto de medicamentos destinados al tratamiento para el HIV-Sida por interés público y para fines de uso público y no comercial por el plazo de 5 años (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/decreto_6108.pdf, fecha de consulta: 20 de septiembre de 2012).

Tales políticas llevaron a que varias organizaciones y expertos tomaran a Brasil como un modelo a seguir en la lucha contra el HIV-Sida a nivel mundial. Los resultados han sido positivos, para el año 2000 Brasil tenía la mitad de los enfermos que se calculaba iba a tener, y muchos de ellos con tratamiento médico adecuado. Sin embargo, las políticas del Brasil no han transitado siempre en la misma dirección, porque se han visto fuertemente influenciadas por los intereses y las presiones de los grupos económicos, lo que provocó, a su vez, reacciones de la sociedad civil, cuya participación ha sido determinante.

Justamente el primer programa contra el HIV-Sida en Brasil contó con la participación de la comunidad gay organizada, fue en San Pablo en 1983, luego, en 1986 se creó el Programa Nacional de SIDA (Costa Chaves, et al, 2008: 171), del cual participaban organizaciones de la sociedad civil. En esa fecha también nacen las primeras organizaciones no gubernamentales específicamente dedicadas al tema: el Grupo de Apoyo a la Prevención de SIDA (GAPA) y la Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA).

Aunque la participación de las ONGs fue fundamental en la prevención y en los reclamos de un acceso universal y público a los medicamentos, el accionar no se limitó a dicho aspecto. En Sudáfrica uno de los principales obstáculos en la lucha contra el SIDA, incluso en estos días, se vincula con los prejuicios y discriminación de grandes sectores sociales. Muchas personas no se atreven a revelar su situación por temor a la estigmatización social. En Brasil, desde los inicios las ONGs han trabajado para evitar dichas situaciones, el abordaje de la cuestión a nivel social busca promover la solidaridad para con los portadores, lo que ha facilitado las acciones de prevención y el tratamiento de los enfermos.

Desde la década de 1980 hasta nuestros días el número de ONGs se ha multiplicado. Pero en 2001 se logró una articulación de *ONG, movimientos sociales, entidades sindicales y asociaciones profesionales* (Costa Chaves et al, 2008: 183) bajo el Grupo de Trabajo sobre Propiedad Intelectual de la Red Brasileña por la Integración de los Pueblos (GTPI/REBRIP). En dicha articulación tuvieron su participación

organizaciones nacionales e internacionales (como Oxfam y MSF) preocupados por las acusaciones de Estados Unidos respecto del no respeto del ADPIC por parte de Brasil y en busca de alternativas al modelo de comercio impuesto desde la OMC (http://www.rebrip.org.br/_rebrip/pagina.php?id=655, fecha de consulta: 5 de octubre de 2012). Asimismo el GTPI se ha vinculado con distintas organizaciones de otros países para fortalecer la lucha en contra de los aspectos negativos del Acuerdo sobre los ADPIC.

Con la participación de las ONGs se iniciaron numerosas acciones judiciales (Costa Chaves, et al, 2008: 172) fundadas en el derecho a la salud reconocido constitucionalmente, por las cuales se exigía el acceso gratuito a los medicamentos. Esto, junto con la presión social cada vez mayor, llevó al dictado de la ley 9313 de 1996, por la que se garantiza el acceso universal a los antiretrovirales.

Sin embargo, como señalamos, no todas las medidas fueron avances. El Acuerdo sobre los ADPIC otorgaba un plazo de 10 años (es decir hasta 2005) para que los países en desarrollo adaptaran su legislación a los parámetros mínimos impuestos por él. A pesar de dicho período de gracia, Brasil, como también otros países, adaptaron su legislación con anterioridad a dicho plazo, con el fin de aparecer como aliados de la nueva globalización neoliberal. Así fue como en 1997 entró en vigencia una ley que protegía con más amplitud los DPI y, por lo tanto, los intereses privados. A partir de allí comenzaron a evidenciarse aún más las fuertes tensiones entre el derecho a la salud (y la obligación del estado de tutelarlos) y las patentes farmacéuticas.

Nuevamente las tensiones tuvieron su centro en los elevados precios de los antiretrovirales que Brasil tiene la obligación de otorgar en forma gratuita y universal. La implementación de patentes permitió que las empresas pudieran elevar considerablemente los precios, con el consiguiente aumento del gasto estatal en salud que ello implica. Ante éste nuevo escenario se intensificó el accionar de los nombrados actores: las grandes EF titulares de patentes defendiendo sus intereses; las ONGs presionando al estado para que adopte las medidas necesarias en la lucha contra el sida, incluidas el otorgamiento de licencias obligatorias, y dando publicidad al accionar de las farmacéuticas; y el estado que buscaba cierto equilibrio entre el respeto de los DPI y las demandas de las ONGs.

Así fue como Brasil adoptó las medidas del Acuerdo sobre los ADPIC, e incluso algunas más protectoras de los DPI, pero por otro lado negoció permanentemente con las empresas para obtener precios razonables de los medicamentos. En numerosas oportunidades amenazó a las empresas con hacer uso de las licencias obligatorias y de las importaciones paralelas y gracias a ello logró importantes disminuciones de los citados precios. Sin embargo, fue recién en 2007 en que se hizo uso efectivo de la licencia obligatoria para el caso del "efavirenz", cuya patente pertenece a Merck, luego de negociaciones de las que no se obtuvieron los objetivos propuestos (lograr un precio similar al de Tailandia) se declaró al medicamento de interés público y se otorgó la licencia obligatoria (Costa Chaves, et al, 2008: 178).

A pesar del equilibrio buscado por Brasil en el ámbito interno, en el externo tuvo una conducta muy crítica del régimen de patentes adoptado por el Acuerdo sobre los ADPIC, lo que lo colocó en un liderazgo internacional, encabezando a un grupo de

países que se oponen a una protección rígida de la PI y que otorgan primacía al derecho a la salud.

Más allá de los argumentos formales, posiblemente haya sido dicha posición adoptada por Brasil la que motivó el reclamo por parte de los Estados Unidos ante la OMC en lo referente a la cuestión. En mayo del año 2000, los Estados Unidos llevaron el diferendo al ámbito de la OMC, en dicha oportunidad afirmó que la ley 9.279 de propiedad industrial de 1996 (entró en vigencia en 1997) contrariaba las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC en un punto: el artículo 68 de la citada ley autoriza el otorgamiento de las licencias obligatorias para el caso en que el titular de la patente no fabrique el producto o lo fabrique de forma incompleta, disposición no receptada por acuerdo en cuestión.

En julio de 2001, por mutuo acuerdo, Estados Unidos desistió de seguir llevado adelante el reclamo. Particularmente Brasil se comprometió a consultar con Estados Unidos antes de aplicar el artículo 68 de la ley en cuestión para el caso en que la aplicación afecte intereses de empresas estadounidenses. Como contrapartida, Estados Unidos reconoce que el artículo 68 nunca fue aplicado y que su reclamo no tuvo relación alguna *con el decidido y eficaz programa del Gobierno de su país para combatir el virus VIH/SIDA* (http://www.wto.org/spanish/tratop_s/dispu_s/cases_s/ds199_s.htm, fecha de acceso: 15 de octubre de 2012).

Lo que sucedió en la realidad fue todo lo contrario, se sabía que la intención de Estados Unidos era la de disciplinar a aquellos estados que pudieran afectar los DPI de las EF, particularmente lo que estaba en juego eran las patentes farmacéuticas para medicamentos antirretrovirales. Al igual que en el caso de Sudáfrica, la fuerte oposición de la sociedad civil internacional hizo que Estados Unidos desistiera de sus pretensiones. En esos momentos las grandes farmacéuticas optaron por disminuir sus ganancias y conservar su imagen, que ya había sido fuertemente deteriorada. Por otro lado, el cada vez mayor descontento por la imposibilidad de acceder a medicamentos a precios asequibles hacía temer a los estados centrales una reacción más radical que pusiera en peligro la eficacia de la normativa referente a la PI.

Declaración de Doha

Para el año 2000 las tensiones estaban claramente planteadas entre cada uno de los actores (sociedad civil, estados y empresas). Las ONGs buscaban defender el derecho a la salud, para lo cual implementaron un eficaz accionar publicitario tendiente a demostrar el vínculo entre el otorgamiento de las patentes y los inaccesibles precios de los medicamentos; las farmacéuticas insistían con el argumento de que sin patentes no resulta rentable investigar en nuevos medicamentos y, en lo que hace a los estados, algunos hacían equilibrio entre los intereses encontrados y otros, como Estados Unidos, defendieron con todas sus herramientas al sector privado. De éstas tensiones surgieron algunas consecuencias positivas a nivel normativo, tales como la Declaración de Doha, y en los hechos se logró una disminución sustancial del precio de los medicamentos.²

² No obstante lo cual, las tensiones y los conflictos que tomaran relevancia global han tenido algunos efectos positivos. A lo largo de la década del 90, en la mayoría de los países, el tratamiento para el HIV/SIDA costaba aproximadamente 10.000 dólares estadounidenses por paciente al año. En la

Más allá de los posicionamientos, en los inicios del nuevo milenio estaban dadas ciertas condiciones que permitirían implementar “cambios” en la normativa del Acuerdo sobre los ADPIC. Así fue como en noviembre de 2001, en la conferencia ministerial de la OMC, se dictó la Declaración Relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, conocida como Declaración de Doha (Qatar), destinada a descomprimir las tensiones generadas entre derechos de PI y el acceso a la salud pública.

Básicamente la Declaración de Doha acepta las tensiones existentes entre PI y derecho a la salud y afirma que el Acuerdo sobre los ADPIC *deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos*. Luego reconoce la existencia de las flexibilidades adoptadas por dicho acuerdo y la necesidad de que las mismas sean utilizadas con el fin de solucionar los graves problemas de salud pública.

El relativo avance que implicó la Declaración de Doha se debió a, por lo menos, tres situaciones. En primer lugar, un hecho que hizo que Estados Unidos pusiera en evidencia (a nivel internacional) que el régimen de patentes no asegura por sí mismo el acceso a los medicamentos: el peligro de una guerra bacteriológica. Al igual que ha sucedido con otras cuestiones mientras Estados Unidos, seguidos por la Unión Europea, Japón y Canadá presionan al resto de los estados para que apliquen de la forma más amplia posible los DPI y no hagan uso de las citadas flexibilidades, ellos no han tenido inconvenientes en aplicarlas (Love, 2003)³.

Pero luego de los atentados del 11 de septiembre de 2001, y ante la amenaza de ataques bacteriológicos, particularmente ante la paranoia de un posible ataque masivo con ántrax, el país se preocupó por el acceso al Cipro, medicamento patentado por Bayer y con capacidad para tratar ciertas cepas del ántrax, por lo que amenazó a dicho laboratorio con imponer una patente obligatoria (Love, 2003) en caso de que no asegure una provisión del medicamento a precio razonable. Este hecho puso en evidencia la verdadera postura de los Estados Unidos

actualidad, gracias al avance de los genéricos y de la disminución de los precios de las grandes farmacéuticas, se encuentran opciones cuyos costos no superan los 200 dólares (Rivière, 2001).

³ *Desde luego, las excepciones al derecho de las patentes continuarán aplicándose sin dificultad en los países ricos, donde los mercados son importantes y donde el Estado no duda en exigir licencias obligatorias sobre numerosas tecnologías. El Cipro no fue un caso aislado: Estados Unidos impuso recientemente cientos de licencias obligatorias sobre tecnologías tan diversas como los camiones semirremolque, variedades de cereales, productos farmacéuticos, patentes genéticas, hardware y software... por sólo mencionar algunas.*

Por su parte, el comisario europeo Pascal Lamy intenta persuadir a los países en vías de desarrollo de que “los medicamentos no se inventan solos”, y nada hace cuando Japón solicita que se excluyan las vacunas de la negociación. Su equipo explica a los periodistas que la diabetes, el cáncer o el asma no son prioritarios. Pero, al mismo tiempo, la Unión Europea implementa un programa de licencias obligatorias sobre nuevas variedades de plantas, y Gran Bretaña, Francia y Canadá sugieren que están dispuestos a pasar por alto las patentes de Myriad sobre los genes vinculados al cáncer de mama. Recientemente, inclusive, el laboratorio Roche utilizaba una ley alemana sobre propiedad intelectual para obligar a Chiron, una empresa californiana de biotecnología, a concederle una licencia sobre una tecnología de tests de HIV. (Love, 2003).

En segundo lugar, ante el avance de la epidemia del SIDA, varios países comenzaron a plantear problemas en el acceso a los medicamentos a causa de su elevado costo. La experiencia de Brasil, Sudáfrica y Tailandia llevó a que los países más afectados por la enfermedad comenzaran a considerar aplicar las flexibilidades previstas por el Acuerdo sobre los ADPIC, sin embargo los frenaban las presiones y posibles represalias por parte de los estados centrales, principalmente Estados Unidos. En éste contexto fue fundamental que los países periféricos se unieran y actuaran como un solo grupo (Fisher y Rigamonti, 2005: 14).

En tercer lugar, lo que tuvo una influencia determinante en la actuación de los estados fue el accionar de distintas organizaciones locales y globales. Las mismas lograron convencer a la opinión pública de la perversidad de la protección de la propiedad privada cuando pelagra la vida de millones y millones de personas y ello no sólo en los países periféricos, también en los centrales. El desgaste de la imagen de las farmacéuticas fue profundo, a punto tal que en numerosos casos los gobiernos se encontraban en la disyuntiva de respetar los derechos de las farmacéuticas a costa de recibir fuertes críticas por parte de la ciudadanía o enfrentar las EF en pos del acceso a los medicamentos.

En rigor de verdad, y más allá del avance que la Declaración de Doha haya significado, la misma no contiene normativa nueva y, en tal sentido, no se sale de la lógica seguida por el Acuerdo sobre los ADPIC. La declaración más importante impulsada por los países en desarrollo fue dejada de lado y contenía una posición mucho más rígida y clara respecto del derecho a la salud, rezaba: *Nada en el Acuerdo sobre los ADPIC impedirá a los miembros adoptar medidas para proteger la salud pública* (Correa, 2002: 4).

Resulta, entonces, un instrumento con valor interpretativo que destaca la necesidad de priorizar el derecho a la salud por sobre la PI y que pone en evidencia recursos (flexibilidades) que ya estaban vigentes en el Acuerdo sobre los ADPIC. Pero fue tomado como un triunfo por varios países periféricos y organizaciones de la sociedad civil, ellos *deseaban una declaración, no por falta de claridad del Acuerdo, sino como resultado de los obstáculos con que se han enfrentado las autoridades de dichos países al intentar aprovechar esa flexibilidad a nivel nacional.* (Correa, 2002: 2)

Por otro lado, como ya destacamos, los problemas no son exclusivamente normativos, pues la realidad demuestra que los estados no se arriesgan a aplicar flexibilidades por las posibles represalias de los grandes grupos económicos y esto seguirá siendo así más allá de cualquier avance normativo. Además, las trabas burocráticas han dificultado seriamente la posibilidad de ayuda de los países ricos a los pobres incluso con la mediación de organizaciones como Médicos Sin Fronteras (Médicos Sin Fronteras, 2006).

Finalmente debemos cuestionarnos sobre la adecuación de la Declaración de Doha para afrontar las necesidades humanas referidas a la salud. Consideramos que mientras se siga dejando en manos del mercado la solución de los problemas de salud de la población, las deficiencias no sólo continuaran, sino que se agravarán. En éste sentido la lógica de la Declaración de Doha *continúa dentro de la impulsada por el*

ADPIC. Pues en vez de proteger el derecho a la salud se evidencia la intención de mantener un mercado de enfermedades (Fritz, 2004: 462).

Conclusiones

Del breve repaso que realizamos de la situación global, se puede evidenciar cómo algunos estados centrales, encabezados por Estados Unidos utilizan todo tipo de herramientas para proteger intereses privados. No es casualidad que ello suceda en un sector como el que analizamos, en primer lugar porque allí es conocida la confusión entre los intereses de los grandes grupos económicos y los del estado (se considera que los unos y los otros confluyen) y, en segundo lugar, la industria farmacéutica es una de las más influyentes en la política norteamericana⁴. A partir de ello puede constatare cómo la política exterior de los Estados Unidos está fuertemente condicionada por dicho sector. Otros estados como Canadá, Japón, Alemania, Francia y Reino Unido, aunque no tienen una política tan activa como la de Estados Unidos, también procuran defender (aunque con cierto disimulo) los intereses de las EF.

Como contrapartida, hemos visto cómo distintos actores de la sociedad civil (a nivel global y local) han logrado influir, en la opinión pública y en los gobiernos, respecto de la necesidad de adoptar políticas públicas tendientes a lograr el acceso universal de ciertos medicamentos para el tratamiento de enfermedades que configuran verdaderas epidemias (particularmente respecto del Sida). De estos planteos ha surgido la necesidad de atenuar los efectos negativos de los DPI mediante la aplicación de licencias obligatorias e importaciones paralelas.

Mas allá de los avances logrados (disminución de precios), nos vemos obligados a destacar que la lógica que sigue guiando a la salud sigue siendo la de mercado, que busca maximizar las ganancias por sobre cualquier otro fin.

Finalmente, aunque en un principio había indicios que hacían suponer que se iban a adoptar medidas tendientes a privilegiar la salud pública por sobre los DPI, las EF y el centro de la globalización neoliberal está lanzando una “contraofensiva” con la firma de acuerdos comerciales bilaterales que contienen cláusulas denominadas “ADPIC plus”, por las cuales otorga una protección mayor a la PI que la receptada por el Acuerdo sobre los ADPIC y que ponen en peligro los avances logrados hasta el momento. Éste contexto nos hace pensar que las tensiones descritas pueden agravarse aún más con el paso del tiempo.

Bibliografía

-Burrutia, Xabier; Zabaki, Patxi (2003); *Sector farmacéutico, patentes y acceso a medicamentos en el sur*. Revista CIDOB d'Àfers internacionals. Barcelona, España. N° 64. 15 p. Acceso a internet el 5 de agosto de 2012 en: www.cidob.org/es/content/download/3459/36665/.../64barrutia.pdf.

⁴ La misma da empleo a 297 “lobbystas” profesionales: ¡uno por cada dos miembros del Congreso que son sus principales blancos! Por otro lado es una de las industrias que más contribuyen a las campañas electorales (Pignarre, 2005: 20)

-Correa, Carlos M; Bergel, Salvador D. (1996); *Patentes y competencia*. Argentina. Ed. Rubinzal-Culzoni. 269 p.

-Correa, Carlos (2002); *Repercusiones de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. Organización Mundial de la Salud. 57 p. Acceso a internet el 30 de julio de 2012 en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4904s/s4904s.pdf>.

-Costa Chaves, Gabriela; Vieira, Marcela F.; Reis, Renata (2008); *Acceso a medicamentos y propiedad intelectual en Brasil: reflexiones y estrategias de la sociedad civil*. Revista: Sur, Sao Pablo, Brasil, año 5- N°8. 31 p. Acceso a internet el 10 de septiembre de 2012 en: http://www.surjournal.org/esp/conteudos/getArtigo8.php?artigo=8,artigo_chaves.htm.

-Esteva de Sagrera, Joan (2009); *Las patentes farmacéuticas y el acceso a los medicamentos*. Revista Barcelona Metrópolis. España, octubre-diciembre 2009. Acceso a internet el 7 de septiembre de 2012 en: <http://www.barcelonametropolis.cat/es/page.asp?id=21&ui=277>.

-Finger, Michael (2002); *The Doha Agenda and Development: A view from the Uruguay Round*. Filipinas. Banco Asiático de Desarrollo. 44 p. Acceso a internet el 10 de Agosto de 2012 en: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2002/wp021.pdf>.

-Fritz, Jean-Claude (2004); *A manera de ilustración: la declaración de Doha, ¿Viraje o no?* En: Sánchez Rubio, David,...et al (eds); *Nuevos colonialismos del capital*. España. Ed. Icaria. 10 p.

-Fisher, William y Rigamonti, Cyrill (2005); *The South Africa AIDS Controversy. A case study in Patent Law and Policy*. Harvard Law School. EEUU. 56 p. Acceso a internet el 15 de septiembre de 2012 en: <http://cyber.law.harvard.edu/people/ffisher/South%20Africa.pdf>.

-Giaccaglia, Clarisa (2010); *El accionar de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en las negociaciones mundiales en materia de salud. La cuestión de las patentes farmacéuticas*. Revista Papel Político, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. V. 15, N° 1. 22 p.

-*Guía práctica sobre la OMC y otros acuerdos comerciales para defensores de los Derechos Humanos* (2006). Trade Human Rights Equitable Economy. Ginebra. Acceso a internet el 15 de julio de 2012 en: http://www.3dthree.org/pdf_3D/Guia_Practica_OMC.pdf.

-Klung, Heinz (2007); *Una campaña por la vida: la construcción de una nueva fuente solidaria transnacional frente al VIH/sida y al ADPIC: Hacia una legalidad cosmopolita*. En: Santos, Boaventura de Sousa y Rodríguez Garavito, César (Eds); *El derecho y la globalización desde abajo*. México. Ed. Antropos. 19 p.

-Kohr Martin (2009); *Patents, Compulsary Licences and Access to Medicines: Some Recent Experiences*. Malasia. Third World Network. 34 p. Acceso a internet el 7 de julio de 2012 en: <http://www.twinside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf>.

-Love, James (2003); *Los países ricos obstaculizan el acceso a los medicamentos*. Le monde diplomatique. Ed. española. Acceso a internet el 20 de agosto de 2012 en: <http://monde-diplomatique.es/2003/03/love.html>.

VI Congreso de Relaciones Internacionales

21, 22 y 23 de noviembre de 2012

-Luxemburgo, Rosa (2007); *La acumulación del capital*. La Plata, Argentina. Ed. Terramar, 1° ed. 153 p.

-*Medicamentos y Globalización* (2001). Observatorio sobre servicios públicos y globalización: salud. Acceso a internet el 12 de agosto de 2012 en: www.attacmadrid.org/d/1/medicamentos_1.htm.

-*SIDA: las decisiones de la OMC no benefician ni a uno sólo paciente* (2006). Médicos Sin Fronteras. Acceso a internet el 7 de agosto de 2012 en: <http://www.msf.es/en/noticia/2006/sida-decisiones-omc-no-benefician-ni-un-solo-paciente>.

-*Patentes contra pacientes* (2006). Informe de Oxfam. Acceso a internet el 15 de marzo de 2012 en: http://www.oxfam.org/es/policy/briefingpapers/bp95_patentsvspatients_061114.

-Pignarre, Philippe (2005); *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona, España. Ed. Gedisa, 1° ed. 186 p.

-Rivière, Philippe (2001); *En el sur siguen faltando medicamentos contra el SIDA*. Le monde diplomatique. Ed. Cono Sur. Acceso a internet el 13 de septiembre de 2012 en: <http://www.insumisos.com/diplo/NODE/2873.HTM>.

-Seuba, Xavier; *Derechos de Propiedad Intelectual y Derecho Humanos*. Acceso a internet el 15 de septiembre de 2012 en: <http://www.descweb.org/files/cap12.pdf>.

Sitios de internet consultados

- <http://www.unaids.org>
- <http://www.who.int>
- <http://www.aids.gov.br>
- <http://www.rebrip.org.br>
- <http://www.wto.org>