

---

# FARMACÉUTICAS: PRIVILEGIOS MUNDIALES EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE COMERCIO (OMC) Y LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO (TLC'S)

*Florencio Rodil Urrego*<sup>1</sup>

*Las personas del mismo gremio se reúnen rara vez, incluso para la diversión y la distracción, pero cuando lo hacen la conversación termina en una conspiración contra el público, o en algún acuerdo para elevar los precios.*

Adam Smith

## Resumen

*Todo comienza por una experiencia muy cercana, familiar, y una desafortunada reacción que tuvo mi compañera a un medicamento recetado para fortalecer los huesos ante la presencia del inicio de osteoporosis, según el diagnóstico de la prueba de densidad ósea que gratuitamente le hicieran en su trabajo. Dicha enfermedad aseguran los especialistas y particularmente los laboratorios farmacéuticos tiene una alta tasa de incidencia en las personas mayores de cuarenta años. Ante ello y para comprender el porqué una persona sana, bien alimentada, deportista activa a sus casi sesenta años podría ser víctima de una enfermedad, que entonces conocí, estaba siendo ampliamente publicitada para invitar a todas las mujeres en la edad prescrita para hacerse la prueba, y, consecuentemente enviar a su médico para seguir tratamiento.*

*De pura casualidad en una visita a la librería para conocer las novedades existentes sobre temas de mi interés, tropecé con la obra de Jorg Blech, “Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes”. Empecé a hojearlo y de inmediato leo en el prólogo la frase “las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médicos inventan las dolencias: la enfermedad se ha convertido en un producto industrial”. Me pregunto inmediatamente si ésta enfermedad nueva que aqueja a mi compa-*

---

<sup>1</sup> Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

*ñera podría ser considerada una de esas dolencias inventadas. Compro la obra y me apresto a leerla con mucha atención, no tardo mucho en encontrar en la página 27 con el subtítulo “la venta de los riesgos como enfermedad” el caso de la osteoporosis del que se dice “las empresas farmacéuticas patrocinaron encuentros en los que la atrofia ósea de la vejez fue declarada enfermedad”. Allí me remite al capítulo 3 página 87 y siguientes dónde se brinda una mayor explicación, del significado de la palabra, huesos frágiles, y de cómo se reinventa la susodicha enfermedad señalando que la presencia de la misma entre las mujeres se debía a un carencia hormonal tratable mediante estrógenos. De allí en adelante y mediante la estrategia del marketing del miedo por parte de las farmacéuticas se logra el reconocimiento de la osteoporosis como una enfermedad para la cual, naturalmente, ya existe un tratamiento. Siendo que como dice Blech, “todas las personas mayores tendrán siempre una densidad ósea reducida, precisamente porque la atrofia ósea es consecuencia de la vejez, igual que la piel arrugada, por ejemplo”.*

*En el desarrollo del trabajo que presento centré el análisis del sector farmacéutico, no tanto en los aspectos clínicos y médicos puesto que no soy especialista, sino en los aspectos económicos y aquéllos relacionados particularmente con el papel que juegan dichas corporaciones mundiales en el control de los mercados de medicamentos, sus prácticas y políticas, el ejercicio de su poder financiero para sojuzgar la voluntad de los gobiernos que acogidos a principios humanitarios declaran abiertamente que la salud es un derecho humano y por ende el acceso a la salud y los medicamentos es un deber para con sus pueblos, no un “negocio”.*

*Capitulando, la búsqueda de explicaciones me llevó a encontrar los efectos negativos del medicamento recetado a mi compañera y encuentro en una obra de Bryan Hubbard, lo siguiente: “puede causar trombosis, embolia pulmonar, calambres en las piernas (fue el efecto en ella), y sofocos” De inmediato y sin consulta le dije, ¡suspende ese tratamiento antes de que te mate!*

## **Introducción**

Para los que tuvimos la oportunidad de ver la película “El Jardinero Fiel” basada en la novela de John LeCarré del mismo nombre, la historia

de amor que se teje entre un diplomático británico y una activista, tiene como telón de fondo el juego de intereses entre una empresa farmacéutica, el gobierno de un país africano y la plana mayor de la diplomacia del país de origen de la empresa, para realizar pruebas clínicas de medicamentos utilizando a seres humanos como cobayos sin su conocimiento y sin tener el más mínimo respeto a su dignidad y sin importar el costo en vidas que tales experimentos conllevan. Todo quedaría en mera obra de ficción si no fuera porque la realidad supera por mucho a la narrativa cinematográfica. Enseguida algunos casos que muestran el comportamiento de tales corporaciones:

En junio de 2007 una nota del *Washington Post* daba cuenta de que el gobierno de Nigeria había decidido demandar a la transnacional farmacéutica Pfizer por haber llevado a cabo la experimentación del fármaco contra la meningitis “Trovan” (trovafloxacin) en el año de 1996 entre poco menos de 200 niños, de manera ilegal; teniendo como consecuencia la muerte de 11 de ellos y más de 100 casos de deformaciones físicas. La parte acusadora señala la violación del protocolo de Helsinki que regula las normas a seguir para tales pruebas y reclama una indemnización millonaria para resarcir a las familias y los gastos incurridos por el gobierno en los tratamientos a los afectados.

La defensa de Pfizer no ha negado los hechos, simplemente señala haber solicitado consentimiento verbal a los padres de los niños y haber “realizado los experimentos de manera responsable y con el pleno conocimiento del gobierno nigeriano”<sup>2</sup>. Para algunos defensores de la transnacional como la página web global net<sup>3</sup>, todo es un circo mediático y un negocio de los abogados para obtener dinero fácil, sin embargo, no dejan de reconocer que efectivamente no se requirió el permiso por escrito de los padres de los niños y afirman que el consentimiento verbal se corresponde con el protocolo para pruebas clínicas. Se refieren seguramente a la Declaración de Helsinki que norma este tipo de pruebas. Para

---

<sup>2</sup> Bryant Haskins vocero de Pfizer en New York. <http://www.global.net/iepala/global/fichas/ficha.php?id=3126&> [Consulta 22/08/07] en “Las Farmacéuticas y su negocio africano: el caso Pfizer”. Marcela Castro Castillo. 17/07/07.

<sup>3</sup> Santiago de Quiroga Bouzo. (Editor). <http://www.elglobal.net/articulo.asp?vd=29/08/2005%2018:00&> [Consulta 13/02/08]

aclarar cualquier mal entendido al respecto aquí se cita dicha declaración, sólo aquellos artículos de mayor interés sobre el tema:

*Artículo 20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.*

*Artículo 24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.*

El incumplimiento del que acusan a la transnacional las autoridades nigerianas se fundamenta en la falta del *consentimiento informado* por parte de los padres de los niños, el cual para mayor transparencia debió obtenerse por escrito como se hace regularmente en las investigaciones de esa naturaleza, procedimiento que no se realizó. Las partes han presentado ante la Corte Suprema de Nigeria las pruebas correspondientes y el litigio continúa a la fecha sin haber llegado a una sentencia concluyente.

En 2001, 39 compañías farmacéuticas llevaron a juicio al Gobierno de la República Sudafricana en oposición a la Ley de Medicamentos que permitiría al gobierno, en circunstancias muy especiales, “importar y producir genéricos” bajo licencias obligatorias, todo ello en el marco de las normas aprobadas de la Organización Mundial de Comercio (OMC), firmadas por el país y que le permitirían además reducir el costo de los tratamientos cerca de un 90% por paciente-año. La condición de excepción que obligó al gobierno a tomar tal medida no es otra sino la pandemia de VIH/SIDA que azota al continente africano y de la que Sudáfrica no es ajena. Según cifras de organismos internacionales, África es el hogar del 70% de los adultos y el 80% de los niños que viven con ese mal en el mundo. África ha enterrado a tres cuartas partes de los 20 millones de personas que han muerto en el mundo de esa enfermedad y su sangría poblacional les lleva a perder cerca de dos y medio millones de personas anualmente por causas relacionadas a la misma. Dados los precios de los

---

medicamentos retrovirales, propiedad de las grandes corporaciones farmacéuticas, poco menos de cien mil personas tienen acceso al tratamiento en todo el continente. Esta “situación especial” fue la que orilló a las grandes empresas farmacéuticas a presionar al gobierno sudafricano para revertir una decisión soberana en beneficio de la salud de su población.

A pesar de la demanda y de las amenazas del gobierno norteamericano y de la unión europea de sanciones comerciales, Sudáfrica salió triunfante del litigio por la presión internacional ejercida por numerosas organizaciones civiles de todo el mundo que obligaron a las empresas a retirar la demanda por la mala fama a su imagen pública y el boicot a sus medicamentos en numerosos países que le estaba ocasionando su actitud de intransigencia ante el pequeño país africano. Este logro significó, como era de esperarse, la reducción de los altísimos precios de los retrovirales por las propias empresas, pero definitivamente nada comparables con el precio de los genéricos. Si el precio de los tratamientos con medicamentos de marca bajó de cerca de diez dólares diarios a dos dólares, los genéricos, comprados o producidos por el país, lo hicieron a una escala mayor, sesenta centavos de dólar diarios.

Brasil igualmente ha estado sometido a presiones por parte de las farmacéuticas y del gobierno norteamericano por su programa contra el VIH/SIDA. En los años 90, Brasil era el cuarto país a nivel mundial con casos de dicha enfermedad (3 millones aproximadamente). En estas condiciones el gobierno decidió importar, producir y distribuir los retrovirales a la población afectada y logró en un corto plazo disminuir en un 38% la incidencia de muertes. Disminuyó el costo de los tratamientos anuales por paciente de los medicamentos patentados de \$10000 a \$600 dólares con el uso de los genéricos. ¿De que se acusa a Brasil? De violaciones a las normas de la OMC, principalmente de los Acuerdos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual en el Comercio (ADPIC) o Trade Related Aspects of Intellectual Property (TRIPS por sus siglas en inglés).

En Tailandia, el 20% de la población con VIH/SIDA, sufre de meningitis cryptococcal, el medicamento Diflucan (fluconazole) de Pfizer es el tratamiento más adecuado para evitar que las víctimas mueran en menos de un mes una vez que ha aparecido la enfermedad. El precio del producto es de \$5 por dosis. Las versiones genéricas del mismo producidas en la India es

de 60 centavos y empresas tailandesas están en capacidad de producirlas a 30 centavos por dosis. Pero he aquí que en 1994 cuando el gobierno Tailandés firma el acuerdo ADPIC como condición para ingresar a la OMC, la transnacional logra incluir su medicamento en un programa de exclusividad que les permite vender su producto a \$ 7 dólares la dosis e impide al país el desarrollo y la importación del genérico durante cuatro años.

Ante las duras críticas en todo el mundo sobre sus actitudes en defensa del negocio de las grandes transnacionales farmacéuticas, los Estados Unidos de América (EUA) deciden donar mil millones de dólares para la prevención del VIH/SIDA a los países africanos. Pero sorpresa, la letra chiquita de los acuerdos para recibir la ayuda, no era otra cosa sino un préstamo a precios de mercado que debería gastarse solamente en la compra de medicamentos fabricados en los EUA.

Una realidad lacerante denunciada por Médicos sin Frontera (MSF) en su estudio sobre las “enfermedades olvidadas” que se publicó con el título “*Desequilibrio Fatal*” en el año 2001 muestra cuáles son los intereses reales que mueven a la industria farmacéutica. La investigación es concluyente señaló que la mayor parte de los esfuerzos financieros e intelectuales de la investigación sanitaria de todo el mundo se destina a investigar la impotencia, la obesidad y el insomnio, lo cual determina una relación que denominan “desequilibrio 10/90”, esto es, que el “10% de la investigación sanitaria mundial (pública y privada) se destina a atender las enfermedades que afectan al 90% de los enfermos del mundo y el 90% de dichos recursos se destinan a enfermedades que afectan tan sólo al 10% de los enfermos”. No se necesita mucha imaginación para ubicar este desequilibrio en la relación desigual existente entre el primero y tercer mundo. Entre 1975 y 1997 las multinacionales lanzaron al mercado 1233 nuevos medicamentos, sólo 13 de éstos (1%), estaba diseñado para tratar enfermedades propias del tercer mundo que matan millones de personas anualmente.<sup>4</sup>

Resulta dramático conocer esta realidad y verificar otra cara de la industria que en tiempos muy recientes está dedicando poco más de 500 millones de dólares anualmente a la investigación para tratar enfermeda-

---

<sup>4</sup> Ken Silverstein, “Millions for Viagra, Pennies for Diseases of the Poor”, *The Nation*, Julio 19 de 1999.

des como la “ansiedad por separación, Alzheimer, artritis, demencia, alergias, cáncer y enfermedades periodontales”, para tener una alta presencia en el mercado de medicamentos para “mascotas”. O los 75 millones de dólares anuales dedicados al *lobbying* para inclinar la balanza a su favor en las decisiones del congreso norteamericano que pudieren afectar a la industria. Se calcula que hay un *lobbyist* de la industria por cada dos representantes en dicho Congreso.

Finalmente, recuerdo también el documental exhibido en la televisión hace algún tiempo sobre el caso Tuskegee en los EUA. En ese experimento realizado entre 1932 y 1972 en el hospital de esa localidad, a los conejillos, todos afroamericanos contagiados de sífilis, se les negó el tratamiento existente (eran tratados con placebos únicamente) con la finalidad de “evaluar la evolución de la enfermedad”. En pocas palabras, deliberadamente se les dejó morir para que la investigación les permitiera conocer más a fondo el desarrollo del mal.

Los casos citados corresponden a distintos tiempos y momentos y en el fondo muestran un comportamiento de la industria bastante alejado de la imagen que durante mucho tiempo han procurado desarrollar como “una industria preocupada por la salud, por la gente, y empeñada en el cuidado de las enfermedades que nos aquejan”. Al parecer los intereses que les mueven se acercan mucho más al mundo de los negocios que a los humanitarios y este factor resulta determinante en las decisiones de sus directivos. Cuando se preguntó a la principal responsable de la campaña de la industria farmacéutica sudafricana sugiriendo que, los medicamentos genéricos dañarían la salud de los pacientes y amenazando con cortar toda investigación de nuevos medicamentos en el país, si esto significaba una amenaza a la vida de los sudafricanos, sin inmutarse, la señora Mirryina Debb, contestó, “¡en pocas palabras sí!”<sup>5</sup> Igualmente Roy Vagelos quien fuera directivo de Merck justificó el poco interés de las farmacéuticas en las enfermedades que aquejan al tercer mundo, señalando la poca rentabilidad de las inversiones y añadió que el asunto era principalmente un problema de carácter “social y no se debería esperar que la industria lo resolviera”<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Jordi Martorell. “Cómo las compañías farmacéuticas subordinan la vida humana a sus beneficios”, [http://www.elmilitante.org/desde090702/farma\\_mafia.htm](http://www.elmilitante.org/desde090702/farma_mafia.htm) [Consulta 13/02/08]

<sup>6</sup> Citado por *The Nation* 20/08/1999

## Todo es cosa del mercado

Se tiende a pensar que las empresas, de todo tipo, plantean soluciones a los problemas que se les presentan a los consumidores y que sus éxitos se derivan de haber encontrado la mejor solución. Este es el discurso que tiene mayor fuerza entre los creyentes de la “filosofía del mercado”, para quienes el modelo es de tal simpleza que no requiere controles sociales de ninguna naturaleza. El mercado, dicen, se autorregula y con ello se obtienen los mayores beneficios para todos los participantes, consumidores y vendedores. En ese idílico mundo, se supone, que los vendedores están atentos a los menores requerimientos de los consumidores y su función social es crear los productos que les satisfagan plenamente. En este caso, las empresas farmacéuticas (se supone), están atentas a la aparición de cualquier nueva enfermedad para abocarse de inmediato a buscar la cura y con ello lograr el producto que la sane. Será el mercado en una competencia abierta quien decida cual es la mejor solución, el mejor producto y le hará exitoso.

¿Qué tan cierto es que así funcionan las cosas? El título que se le ha puesto a este ensayo les puede dar alguna pista. Tal vez en algún tiempo pasado, en la época de los curanderos, las boticas de pueblo que preparaban las fórmulas recomendadas por los médicos y los pequeños laboratorios, privados y universitarios, que estudiaban los usos de las sustancias derivadas de numerosos especímenes vegetales, minerales y hasta animales, las cosas hayan funcionado según el *dictat* del mercado, sobre todo en los espacios locales. Son de sobra conocidos los “remedios caseros”, la medicina tradicional y la herbolaria de múltiples zonas geográficas delimitadas culturalmente. Creencias, tradiciones y mitos, han sumado conocimientos y multiplicado curas para la gran mayoría de las enfermedades aparecidas en los miles de años de la existencia humana. Este gran bagaje de sabiduría ancestral, al cual todavía muchos acuden cuando la farmacopea institucionalizada no tiene respuesta, está siendo secuestrado mediante el patentamiento. Desde la aparición de las grandes corporaciones farmacéuticas que, en número muy reducido, dominan hoy el mundo fármacosanitario, ésta ha sido una tendencia creciente. Este asunto merece una atención aparte que de manera sucinta se ha expuesto en un ensayo anterior<sup>7</sup>, sin embargo ahora podemos fijar nuestra atención

---

<sup>7</sup> Rodil, Urrego Florencio. “La mercantilización del conocimiento”, *Denarius Anuario* 2007.



en la parte operativa de la propiedad de las patentes farmacéuticas. En el juego de presiones que las transnacionales ejercen contra los países y el desarrollo de la industria relacionada, la de los medicamentos genéricos intercambiables, se haya precisamente el de la propiedad intelectual que la industria transnacional con el apoyo de sus gobiernos respectivos, los EUA y la Unión Europea, lograron impulsar y aprobar como una pre-condición a la incorporación a la OMC y que se rige mediante el acuerdo ADPIC o TRIPS antes mencionado. Más adelante se hará referencia con mayor precisión a las condiciones que impone dicho acuerdo.

Naturalmente como sucede en toda economía de base mercantil, en la lucha de las grandes corporaciones por ganar el mercado de las enfermedades, todo se vale. ¡Hasta crear las enfermedades! con el fin de “vender” los productos que supuestamente curarán esas enfermedades de ficción, inventadas literalmente no por los genios científicos sino por los genios del marketing y las relaciones públicas. Así viene sucediendo desde hace mucho tiempo sin que, consumidores y ciudadanos, se hayan dado cuenta. Las argucias para lograrlo son numerosas y están siendo documentadas muy a pesar de las negativas de la industria por ocultar su proceder.

Este trabajo se propone denunciar las prácticas más frecuentemente utilizadas y dejar al descubierto las formas más comunes de presión, chantaje, compra de conciencia de médicos y científicos, del funcionamiento de los laboratorios de investigación de la industria y de cómo en todo el andamiaje del sector se construyen los consensos para la creación de las nuevas enfermedades que han de venderse porque las medicinas fueron desarrolladas antes de que éstas existieran.

La lógica empresarial que ha permeado al sector farmacéutico antepone el criterio mercantil al científico en sus estrategias competitivas. La investigación tiene sentido sólo sí y sólo sí, el mercado garantiza una tasa de retorno atractiva. Bajo estos criterios las enfermedades de los países pobres no reciben la atención adecuada muy a pesar de la amplitud de sus potenciales consumidores, pero carentes de recursos económicos que sean apetecibles por las corporaciones. Sin embargo, las enfermedades de los ricos, creadas y ficticias muchas de ellas, se convierten en las preferidas de la investigación farmacéutica, consecuentemente por el poten-

cial económico de tales mercados. Discriminación económica y social en su más pura expresión.

¿Quiénes han sugerido, por ejemplo, que se consideren enfermedades la calvicie, la timidez, ciertos síntomas de la adolescencia, el malhumor, la llegada de la menopausia, el envejecimiento, las arrugas, el cansancio físico?, se pregunta Enrique Costas Lombardía, ex-vicepresidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud de España, y Miguel Jara, periodista científico, sin encontrar una respuesta clara mas que aquella que se corresponde con las motivaciones mercantiles que guían las decisiones de la mayoría, sino es que la totalidad, de las corporaciones farmacéuticas. Con justa razón el premio nobel de economía, Joseph Stiglitz, ha señalado que las compañías farmacéuticas gastan, hoy día, más dinero en marketing y publicidad que en investigación.

### **¿Es la salud un derecho?**

Si la respuesta es positiva y está consagrada en algunos instrumentos jurídicos internacionales y constitucionales de los países, entonces, todos debemos tener acceso a ella sin distingo de clase, raza, o condición económica, y, los Estados y organismos mundiales deben ser garantes de su disfrute. Durante mucho tiempo, siglos quizás, la sociedad poco se ocupó de precisar la existencia de este derecho y parecía no existir, aun cuando diversas instituciones se ocuparan de prestar servicios gratuitos a la población, ya sea con el apoyo estatal, de corporaciones religiosas o de caridad particular. No es sino hasta mucho después de la segunda guerra mundial, para hacer funcional y obligatoria la Declaración de los Derechos Humanos, que se pactan los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), cuando se consagra en 1966, el derecho a la salud, conjuntamente con el derecho a la educación y la vivienda.

Habría que señalar que a diferencia de los Derechos Civiles y Políticos (DCP), que fueron acordados como de aplicación inmediata, con respecto a los DESC simplemente se sugirió a los Estados que tomaran medidas en forma progresiva para su aplicación de acuerdo a sus disponibilidades económicas, permitiendo con ello que poco a poco la responsabilidad y el compromiso en su aplicación se diluya en el tiempo, al grado tal que para muchos países ha dejado de ser una prioridad, muy a pesar de

que en 1993 en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos celebrada en Viena, se concluyera que los DESC tienen la misma categoría de los DCP, esto es, que son derechos igualmente universales.

El derecho a la salud, puede entenderse, tal como lo define Susana Chiarotti<sup>8</sup>, “el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”, que se enmarca claramente en la disposición del Artículo 12 del Pacto Internacional de los DESC. (Ver Cuadro 1)

---

#### CUADRO 1. ARTÍCULO 12 DEL PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

---

*Los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

*1. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

- a) La reducción de la mortanilidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños y niñas;*
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente;*
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;*
  - d) La creación de las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*
- 

La preocupación de la comunidad internacional por plasmar la salud como un derecho universal ha llevado a que éste quede específicamente consagrado en distintos instrumentos de igual carácter de obligatoriedad como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), así lo hacen el inciso IV, apartado (e) del Artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1965; el apartado (f) del párrafo 1 del Artículo 11 y el Artículo 12 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas

---

<sup>8</sup> “El Derecho Humano a la Salud“, <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/ichas/ficha.php?id=163&> [Consulta 13/02/08]

las formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979; en los Artículos 24, 25, 26 y 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, de .....; y finalmente en el llamado Protocolo de San Salvador (1988), (Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), que es claro en definir la salud como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Todos estos compromisos han sido firmados por la mayoría de los países integrantes de la comunidad internacional, y México no es la excepción. La Constitución reconoce ese derecho en el Artículo 4, “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”..., “Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”. Además la Ley General de Salud garantiza en lo general ese derecho para todos los mexicanos. Sin embargo, hoy en día, las carencias para hacer efectivo el ejercicio de este derecho son notorias, una gran proporción de la población, particularmente indígenas y campesinos, no tienen acceso a los servicios de salud porque en las regiones que habitan no existen las clínicas y hospitales para su atención o porque aun cuando existan las instalaciones, éstas no cuentan con medicinas, ni médicos, ni enfermeras. Constantemente la prensa da cuenta de estos hechos que se han constituido en muchos casos en verdaderos elefantes blancos, inaugurados con bombo y platillos exclusivamente para la complacencia y propaganda del gobernante en turno.

Por otro lado, los servicios médicos para los obreros y trabajadores del Estado, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que otrora fueran ejemplos para la comunidad internacional, se hayan actualmente en un proceso de reestructuración administrativa y jurídica que está echando por tierra lo ganado por este sector en atención a la salud. En palabras del Director General del IMSS (2009), Juan Molinar Horcasitas, en torno a la infraestructura hospitalaria, el país no cumple con los mínimos exigidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de tener cuatro camas por cada mil habitantes, porque sólo hay una por cada mil y alcanzar esa meta es poco menos que imposible en el corto plazo.

---

El Seguro Popular (SP), una modalidad de atención médica creada en 2004, para la atención de los sectores más necesitados de la población no inscrita en alguno de los sistemas de seguridad social existentes, igualmente atraviesa por numerosas dificultades. Una de ellas, el desequilibrio campo-ciudad. La mayoría de la población necesitada se haya en las zonas rurales y el Seguro Popular sólo ha llegado al 35% de esa población, en tanto la población con menores necesidades y mayor acceso a servicios hospitalarios y médicos diversos, la citadina, alcanza una cobertura del 64.7%<sup>9</sup>. Otra, es la derivada de la dispersión geográfica de las comunidades campesinas, según el informe de 2007 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), se hayan sin atender con el Seguro Popular el 74% de dichas comunidades por encontrarse en lugares donde sólo existen unas pocas viviendas habitadas.<sup>10</sup>

En lo general, si bien ha existido voluntad, para permitir el acceso a la salud a la población del país, se está muy lejos de haber logrado una cobertura total de las necesidades en ese rubro. Es una meta incumplida de los sucesivos gobiernos, particularmente en las últimas décadas, cuando la ideología del nacionalismo revolucionario sufrió la arremetida del neoliberalismo.

### **¿Quién es el dueño de un medicamento, la empresa que lo desarrolló o el enfermo que lo necesita?**

La mayoría de la población, estoy seguro, no se hace esta pregunta. Se está tan acostumbrado a la forma como funciona el sistema esto es, se acude al médico, éste receta y se compra en la farmacia más cercana los medicamentos que aliviarán el malestar. No está en la expectativa que las cosas podrían funcionar de otra manera, por ejemplo, que el médico al momento de recetar proporcione los medicamentos o envíe al paciente a recogerlos en la farmacia del propio sistema, sin costo alguno. En el sistema de seguridad social, SSA, IMSS, ISSSTE, SP, la atención a los enfermos contempla la dotación de los medicamentos necesarios, sin embargo, es muy frecuente que éstos no estén disponibles al momento y que los pacientes tengan que

---

<sup>9</sup> Ángeles Cruz Martínez. "Se inscribe al Seguro Popular más hogares de los que se puede atender", *La Jornada*. 21/02/08 p.41

<sup>10</sup> Op. Cit. P. 41

peregrinar muchas ocasiones hasta que se les surta, naturalmente con consecuencias negativas en el proceso de curación, o que de plano acudan a una farmacia a adquirirlos, si cuentan con el dinero para ello.

Con esta reflexión aún no se da respuesta a la pregunta, sólo se señala alguno de los problemas relacionados: el del abastecimiento de las medicinas que se necesitan para curar las enfermedades, que parece depender más de una relación monetaria que de un sistema para procurar la salud. Si la salud, como se ha visto es un derecho, este derecho está en entredicho si los medios para procurarla, médicos, clínicas, hospitales y naturalmente medicamentos, no son asequibles de manera fácil y expedita. Porque lo que está en juego es la vida y no es cualquier cosa.

Al ampliar el marco de análisis con información que muestre el estado del problema de salud y los medicamentos a nivel mundial. Según Germán Velázquez, Director adjunto de Cooperación Técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “un tercio de la población mundial no tiene acceso regular a medicamentos y el 75% de la población que vive en los países en desarrollo sólo consume el 8% de las ventas mundiales de productos farmacéuticos”<sup>11</sup>, partiendo de una base de 6000 mil millones de habitantes en el mundo, esto significa que dos mil millones de personas desconocen prácticamente lo que es un medicamento y a 4500 millones sólo le llega una mínima parte de los medicamentos desarrollados. Algunas fuentes estiman en 500 mil millones de dólares el mercado anual de medicamentos, esto es, los países en desarrollo sólo constituyen un mercado de 4 mil millones de dólares. Estas condiciones marcan definitivamente el porqué las estrategias de negocio de las grandes corporaciones farmacéuticas mantienen una política que desestima en buena medida el desarrollo de medicamentos para atender a las enfermedades que afectan a los habitantes del tercer mundo. Enfermedades que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) representaron en 2001, 15 millones de fallecimientos, de los cuales muchos pudieron haberse salvado si hubieran tenido acceso a los medicamentos existentes para sus tratamientos (vacunas o antimicrobianos)<sup>12</sup>. La cuestión es muy simple y ya lo

---

<sup>11</sup> “El medicamento: entre los bienes públicos a escala mundial y los derechos de propiedad intelectual”, <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?id=193&> [Consulta 13/02/08]

<sup>12</sup> Citado por Médicos sin Fronteras en el informe “Invisibles”, Abril de 2003, p.2.

han expresado algunos dirigentes de la industria, “una empresa con accionistas no puede equipar un laboratorio que se concentre en enfermedades del tercer mundo, porque iría a la quiebra”<sup>13</sup> o aún más precisos, “el desarrollo de nuevos antibióticos es muy caro y su utilización en los países del tercer mundo nunca obtendría una recompensa financiera”<sup>14</sup> .

Esto es, para la gran industria farmacéutica los países en desarrollo no constituyen un mercado rentable para sus inversiones, de tal forma que las reglas del mercado que rigen a la industria sólo atienden las necesidades de aquéllos segmentos poblacionales que tienen la capacidad económica para adquirir sus medicamentos y aquellas enfermedades que aquejan a sus semejantes del primer mundo. Kwame Kuadey, fundador de Aids & África, expresa esta visión sin rubor alguno ante tan evidente verdad “las farmacéuticas prefieren tratar a un norteamericano calvo antes que a un africano agonizante”<sup>15</sup>

Dos posiciones destacan en la breve exposición que se ha hecho de las características del problema sobre el derecho a la salud y los medios para su alcance, particularmente el relacionado con los medicamentos, que es el interés central en este trabajo. En primer lugar, las farmacéuticas no se ven a sí mismas como organizaciones sociales preocupadas por la salud de la población (a pesar de lo que diga su persistente publicidad) sino como negocios, y como tales responden exclusivamente a las leyes del mercado, si no hay rentabilidad, no se invierte, sin importar sus consecuencias. Los ejemplos que se han proporcionado no dejan lugar a dudas.

En segundo lugar, el reclamo de la sociedad y de los gobiernos de los países del tercer mundo, particularmente, que no pueden ser simples espectadores ante el drama que viven sus poblaciones angustiadas por enfermedades que están mermando a sus habitantes de una manera despiadada. En ese tercer mundo mueren anualmente más personas por enfermedad que por conflictos bélicos, casi siempre propiciados por la rapiña y ambición de las transnacionales para apropiarse de sus recursos

---

<sup>13</sup> Roy Vagelos. “Declaración” en *The Nation*, 20/08/1999.

<sup>14</sup> A.J. Slater. En la Royal Society of Tropical Medicine and Higiene. Citado por Jordi Martorell. <http://www.elmilitante.org>. Op. Cit.

<sup>15</sup> <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/radar/subn> [Consulta 13/02/08]

---

naturales. Hay demasiados ejemplos y no viene al caso abundar en ello en este trabajo. Lo que importa es que en estos países se concentra el núcleo duro de la mortalidad mundial derivada de enfermedades infecciosas para las cuales existen medidas preventivas o curativas, pero que carecen de acceso a ellas por no contar con recursos económicos suficientes y por las medidas “comerciales” impuestas por el organismo mundial que las regula, entiéndase la OMC. Aquí se hace eco de la pregunta de Médicos Sin Frontera (MSF) en el trabajo antes citado, ¿Debemos esperar a que los enfermos con escasos recursos se hagan ricos para pensar en mantenerlos con vida?

El derecho a la salud, vale recalcarlo, ha sido refrendado, en diversos pactos internacionales y forman parte de la carta magna de numerosos países. Aún así, la perversa realidad actual es que una gran mayoría de la población mundial no alcanza a tener acceso a este derecho humano fundamental y, las razones para ello, no son de otra naturaleza sino económicas. Ya se ha visto párrafos atrás que las multinacionales no son otra cosa que un negocio y actúan como tales, la búsqueda de las máximas ganancias es lo que las mueve. La sociedad por su parte reclama la salud como un derecho y éste no puede alcanzarse sino se respeta el derecho a la vida, que es parte inalienable de los derechos humanos. Esta situación crea una confrontación de difícil solución si nos atenemos a las reglas del mercado, como proclaman las multinacionales, como única vía de satisfacer las necesidades de acceso a los medicamentos por parte de la población más vulnerable de los países menos desarrollados.

En estas condiciones hay que preguntarse qué factores han incidido para crear esta situación. En el centro de este problema lo primero que se encuentra es la creación de monopolios artificiales sobre los medicamentos derivados de los sistemas de propiedad intelectual impuestos por los EUA, principalmente, a partir de su impulso a las reglas del juego del comercio mundial con la creación de la OMC. En el seno de dicho organismo se firma el año de 1994 el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio ADPIC o TRIPS (por sus siglas en inglés) los cuáles ya se han mencionado en este trabajo. Dicho acuerdo exige que todos los Estados miembros de la OMC incorporen en sus legislaciones normas que regulen los derechos correspondientes a esta esfera, tales como, derechos de autor, patentes y marcas. Este no sería mayor problema sino es porque el Acuerdo implica un alineamiento total con la legislación norteamericana. Se impone de esta manera



el punto de vista de una nación que sólo se preocupa en toda clase de acuerdos, protocolos o tratados en defender sus propios intereses, ergo, los de su industria, aun cuando ello limite la capacidad de cada país de estructurar sus normas de acuerdo a sus propias necesidades.

El Acuerdo en cuestión, se hace obligatorio a los países que quieran incorporarse a la OMC y por tanto significa aceptar protección a las patentes por un plazo mínimo de 20 años a toda “invención de producto o proceso farmacéutico que reúna los criterios de novedad, inventiva y utilidad”<sup>16</sup>. Esta situación vino a cambiar totalmente las relaciones internacionales existentes al respecto, en el que la mayoría de los países legislaban a su arbitrio y acordaban con otros de manera bilateral condiciones mutuas y equitativas de respeto. Muchos países por ejemplo, sólo otorgaban patentes sobre los procesos no sobre los productos y la vigencia de las patentes era mucho más corta que la impuesta por el ADPIC.

Queda claro que lo que se ha privilegiado al incorporar estas medidas a la OMC es el negocio de los medicamentos. Las reglas del comercio tal como las impulsa este organismo se alejan sensiblemente del bien colectivo que significa la salud como un derecho humano. Tal como dice Germán Velázquez, “convertir los medicamentos en simples mercancías es concebir el sector salud como una extensión del mercado donde curas y tratamientos son negociables y donde sólo tienen acceso los que tienen un poder de compra suficiente.”<sup>17</sup>

Baste recordar que los EUA son uno de los pocos países que no ha ratificado el Protocolo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU y que además considera que la salud no es un derecho sino un servicio y a éstos se accede sólo si se tienen medios para ello. Postura que difiere de la que se tiene en Latinoamérica, Canadá, África, la gran mayoría de los países asiáticos y de la Unión Europea, que consideran a la salud como un derecho. (Es recomendable ver el documental *Sicko* del cineasta Michael Moore que muestra la gran diferencia existente entre los servicios de salud de los EUA y Canadá, Inglaterra, Francia y Cuba).

---

<sup>16</sup> Andrea Onori. “La Propiedad Intelectual y el acceso a los medicamentos”, *Centrale Sanitaire Suisse Romande*, p.7, 2007.

<sup>17</sup> Germán Velázquez. Ver Jordi Martorell. *Op. Cit.* p.4

La imposición del ADPIC, aun cuando contiene algunas salvaguardas importantes a las que se hará referencia más adelante, ha significado un verdadero descalabro en sus programas de salud para la mayoría de los países en desarrollo. Después de la aplicación de los programas de ajuste estructural, impuestos por los organismos financieros internacionales, Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Mundial (BM), que exigen la reducción de los gastos sociales, educativos y sanitarios, ha ocasionado la caída en picada de los recursos presupuestales al sector salud, lo que se ha visto reflejado en el aumento de las tasas de mortalidad infantil, eliminando así los avances alcanzados. “En ciertos países, dice la OMS, se habían hecho progresos en este sentido entre 1965 y 1980, pero la situación cambió completamente durante los años ochenta cuando muchos de esos países adoptaron medidas de austeridad presupuestaria”<sup>18</sup> Igualmente se ha limitado el acceso a los servicios de atención sanitaria y gratuita a la población y a las vacunas y medicamentos indispensables para alcanzar un grado de salud y condiciones de vida aceptables para la gran mayoría.

Hasta ahora, sujetos como han estado los países en vías de desarrollo, primero a los programas de ajuste estructural y en este momento al ADPIC, no se ve una salida fácil que les permita alcanzar en el corto plazo, soluciones independientes y no condicionadas a las directrices del comercio mundial orquestado por la OMC. En materia de salud pública, la propia OMS reconoce haber sido rebasada por las otras tres instituciones (OMC, FMI y BM), que se han “apropiado de sus competencias y que han adoptado medidas en materia de estrategias sanitarias que le correspondían por derecho”<sup>19</sup>

Este reconocimiento de dominancia entre las instituciones internacionales creadas para atender cuestiones específicas de interés general para la comunidad mundial, no significa otra cosa que la mercantilización, en el caso que aquí ocupa, de la salud. Atención médica, servicios hospitalarios, acceso a medicamentos y vacunas, etc, son categorizados por dichas instancias como problemas que debe resolver el mercado. De allí que las medidas que se tomen tienden a favorecer y privilegiar a quienes

---

<sup>18</sup> Andrea Onori. *Op. Cit.* p.28

<sup>19</sup> Andrea Onori. *Op. Cit.* p.28

detentan dichos negocios. La visión norteamericana, en su expresión más llana, curarse cuesta y se tiene que pagar por ello.

En esta lógica, los llamados derechos de propiedad intelectual adquieren relevancia sobre los derechos de las personas, entiéndase, los derechos humanos, que pasan así a un segundo plano. El ADPIC no pretende otra cosa sino defender precisamente los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas y de aquello que consideran de su propiedad: los medicamentos, arrojándolos bajo la cortina de una legislación que considera que sus beneficios están por encima de las necesidades de salud de la sociedad.

Como en el acuerdo ADPIC de 1994 las salvaguardas de salud pública que se incorporaron eran poco claras e impedían en los hechos que se pusieran en práctica para los fines que se habían acordado, los países en desarrollo lograron, en la Declaración de Doha de 2001 reafirmar el derecho de los Estados miembros a proteger la salud pública y promover el acceso de los medicamentos para todos. La Declaración tiene fuerza legal y compromete a todos sus miembros en su interpretación y aplicación. Sin embargo, más tardó en emitirse la resolución para que surgieran las discrepancias y el bombardeo para hacerla inoperante. Las grandes corporaciones farmacéuticas norteamericanas con el apoyo de su gobierno se han encargado de neutralizar sus efectos mediante la realización de acuerdos bilaterales, regionales o multilaterales, en los que se incorporan cláusulas que contradicen abiertamente los mecanismos de la resolución de Doha. Son los llamados ADPIC PLUS que se analizarán más adelante.

El ADPIC contiene tres salvaguardas en relación a la salud pública con el fin de garantizar el acceso de medicamentos a la población de las naciones en vías de desarrollo y países menos avanzados (según la clasificación de la OMC), las licencias obligatorias, las importaciones paralelas y la disposición Bolar. En el Cuadro 2, se presentan las características, condiciones y problemas de tales salvaguardas:

CUADRO 2. DECLARACIÓN DE DOHA RELATIVA AL ACUERDO SOBRE  
LOS ADPIC Y LA SALUD PÚBLICA (EXTRACTO)

---

*Capítulo 4. ...el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública...afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos...A este respecto reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC a utilizar, al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad a este efecto.*

*Capítulo 5. ...Reconocemos que estas flexibilidades incluyen lo siguiente:*

- a) Al aplicar las normas consuetudinarias de interpretación del derecho internacional público, cada disposición del Acuerdo sobre los ADPIC se leerá a la luz del objeto y fin del Acuerdo tal como se expresa, en particular, en sus objetivos y principios.*
- b) Cada Miembro tiene derecho a conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias.*
- c) Cada Miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia.*
- d) El efecto de las disposiciones de los Acuerdos sobre los ADPIC que son pertinentes al agotamiento de los derechos de propiedad intelectual es dejar a cada Miembro en libertad de establecer su propio régimen para el agotamiento sin impugnación, a reserva de las disposiciones de los artículos 3 y 4 sobre trato NMF (Naciones Menos Favorecidas) y trato nacional.*

---

*Capítulo 6. Reconocemos que los Miembros de la OMC cuyas capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes podrían tropezar con dificultades para hacer un uso efectivo de las licencias obligatorias con arreglo al Acuerdo de los ADPIC. Encomendamos al Consejo de los ADPIC que encuentre una pronta solución a este problema y que informe al respecto al Consejo General antes del fin de 2002.*

---

Fuente: OMC. WT/MIN/(01!)DEC/2.20 de Noviembre de 2001

La reafirmación de estos derechos lograda en Doha tienen una importancia capital para poner algunos límites a los aspectos relacionados con la propiedad intelectual que fueran impuestos por los EUA en la creación de la OMC. En el caso particular de los medicamentos, ha hecho posible que los países miembros del tercer mundo faciliten y abaraten los medicamentos para atender las diversas pandemias que los aquejan. Incluso, el propio EUA se vio obligado a acudir a estas salvaguardas para negociar mejores precios de la cura contra el antrax posterior al evento del 11 de septiembre.

Un somero análisis de los artículos citados de la Declaración de Doha, hace ver con absoluta claridad que los miembros de la OMC tienen plena libertad para determinar los motivos para otorgar licencias obligatorias y lo que constituye en sus propios términos una emergencia. Nada limita tampoco la posibilidad de exportar los medicamentos bajo licencia obligatoria a otros países. E igualmente no hay taxativa alguna para emitir licencias obligatorias, en casos de emergencia, sin negociación alguna con los titulares de las patentes. También queda ímplicito que en caso de demanda con tal de reclamar sus derechos, es el país demandante quien debe demostrar que la condición de emergencia es inexistente.

Otro aspecto de interés relevante es el relacionado con el “agotamiento de las patentes”. El ADPIC introdujo una norma mínima de aplicación universal para las patentes farmacéuticas de 20 años, siendo que en numerosos países o no se aceptaban patentes para los medicamentos o la duración de las patentes oscilaban entre los siete a catorce años, o sólo se otorgaban patentes a los procesos. Los miembros de la OMC se han visto obligados a aceptar la norma general como requisito indispensable para

ser parte de la misma, lo cual les ha acarreado condiciones muy adversas que han encarecido los presupuestos asignados a los medicamentos en sus sistemas de salud pública. En este sentido la disposición del Capítulo 6 de la Declaración de Doha, deja muy claro que los países tienen la libertad de aplicar sus propias reglas para declarar el agotamiento de las patentes y utilizar el recurso del comercio paralelo sin impugnación, salvo respetando las disposiciones pertinentes a las NMF y al trato no discriminatorio dispuesto en los Artículos 3 y 4 del ADPIC. Esta es la interpretación más generalizada del espíritu que impulsó a los países del tercer mundo para salvaguardar plenamente sus derechos en todos los casos en que peligró la salud de su población. Sin embargo, el propio párrafo 6, dejó abierta la puerta a mayores impugnaciones por parte de las grandes corporaciones cuando se trate de las naciones menos desarrolladas, que de alguna manera quedaron desprotegidas ya que no tienen la capacidad de producir y a su vez se les niega la posibilidad de importar los medicamentos, principalmente genéricos, de otras naciones productoras.

No fue sino hasta diciembre de 2002 que se abordó el tema ante la constante presión de las farmacéuticas norteamericanas, canadienses, suizas y de la unión europea. Lamentablemente, los resultados sólo atendieron los reclamos empresariales, se bloqueó el acuerdo general para que los países empobrecidos pudieran importar medicamentos genéricos acotando la lista de enfermedades a considerar y los países beneficiarios<sup>20</sup>. La “pronta solución” fue una derrota lamentable que privilegia los intereses comerciales de las grandes corporaciones sobre los derechos a la salud y a la vida.

A pesar de la flexibilidad que permite la Declaración de Doha y del tiempo transcurrido desde su publicación aún persisten muchas dificultades para que los países del tercer mundo aprovechen las facilidades otorgadas. Andrea Onori<sup>21</sup>, señala algunas de ellas:

1. Carencia de estructuras legales y administrativas, así como de medios económicos necesarios para las transformaciones.

---

<sup>20</sup> Se consideraron sólo 15 enfermedades y 49 países.

<sup>21</sup> *Op. Cit.* p.37

2. Miedo a las sanciones bilaterales o multilaterales.
3. Mercado interior insuficiente.
4. Falta de los conocimientos técnicos necesarios para el análisis de los medicamentos patentados y de su producción sin la ayuda del titular de la patente.
5. Ausencia de medios de presión o de amenaza creíbles ante los titulares de la patente.
6. Oposición por parte de países miembros y de grupos industriales interesados.
7. Preferencia otorgada a los acuerdos con la industria antes que al uso agresivo de la licencia obligatoria.

A todo ello además hay que agregar la postura asumida por los EUA en las negociaciones sobre los Tratado de Libre Comercio (TLC's) que se ha propuesto firmar o ha firmado con diversas naciones, en los que como una salida a las salvaguardas de los ADPIC, han estado ensayando con la finalidad de revertirlas. Medidas que se conocen como ADPIC-PLUS y ADPIC-PLUS-PLUS, que no han tenido otro propósito sino anular en los acuerdos bilaterales o regionales los resquicios abiertos en las negociaciones de la OMC en Doha.

En sucesivas negociaciones la industria farmacéutica norteamericana a través de sus representantes gubernamentales han logrado incorporar normas que restringen el acceso a los medicamentos. Tal es el caso en los TLC's firmados con México (1994), Jordania, (2000), Singapur (2003), Barhein y Marruecos (2004), Chile (2003) y América Central (CAFTA-2004). Aún con diferencias menores en la redacción de los acuerdos, se pueden sintetizar las propuestas norteamericanas ADPIC-PLUS, en las siguientes categorías:

**Aumento de los plazos de vigencia de las patentes.** El ADPIC concedió un plazo general de 20 años a las patentes farmacéuticas a partir de la fecha de la solicitud. Los argumentos esgrimidos por los negociadores norteamericanos para alargar la duración de las patentes son de que la vigencia acordada no permite la recuperación adecuada de los costos de investigación y desarrollo de los medicamentos. Los detalles particulares que se han acordado en los distintos TLC's firmados significan una prolongación de la patente en más de cinco años, lo cual extiende innece-

sariamente la explotación monopólica de los medicamentos con las consecuencias adversas que tiene en el encarecimiento de los mismos, como se demostrará más adelante.

Muchos analistas que han estudiado a fondo la argumentación que utilizan las farmacéuticas sobre cual debe ser la vida óptima para la vigencia de una patente no logran ponerse de acuerdo por diversas razones, una la generalidad de la petición, cuando la realidad es que se deben particularizar los casos de cada invento. Habrá algunos en que por su novedad, inventiva, tecnologías poco asequibles y fuertes inversiones amerite un tiempo prolongado de la patente, otros, la mayoría, no se justifican. Y su prolongación *a priori* puede ser más costosa en términos sociales. Otra razón es que las cifras que manejan las farmacéuticas sobre las cantidades que se requieren para desarrollar un producto novedoso oscilan entre los ochocientos y mil millones de dólares, son dudosas. Según Public Citizen, “no superan los cien millones de dólares”<sup>22</sup>. Autores como Merrill Goozner señalan que estas cifras están fuera de la realidad actual y Nelson Levy, ex jefe de investigaciones de Abbott la “cifra de 802 millones de dólares constantemente repetida por la industria es basura”<sup>23</sup> Organizaciones no gubernamentales como Oxfam han señalado igualmente que las inversiones en investigación y desarrollo no representan más allá del 5% de las ventas<sup>24</sup>.

La argumentación empresarial sobre la recuperación de sus inversiones en investigación y desarrollo también caen por tierra según la información oficial disponible. “Un estudio de la Oficina de Evaluación Tecnológica de Estados Unidos, que abarcó 25 años de producción farmacéutica, mostró que 97% de los productos lanzados al mercado no eran más que copias de medicinas existentes, a la que se hicieron arreglos cosméticos para prolongar el monopolio de la patente cuando la original estaba por expirar”<sup>25</sup>...” Del 3% restante, 70% había sido producido por laboratorios públicos. Y de las medicinas realmente nuevas producidas por el sector privado, la mitad tuvieron que ser retiradas del mercado debido a efec-

---

<sup>22</sup> <http://www.citizen.org> [Consulta: 10/03/08]

<sup>23</sup> Citado por Germán Holguín Zamorano. *Op. Cit.* p.94

<sup>24</sup> *Patentes contra Pacientes*, Oxfam, Doc. 95, p.

<sup>25</sup> Natalia Herce (Editora) “Medicamentos y Desarrollo”, *Medicus Mundi*, 2003, p.56



tos secundarios que no habían sido estudiados previamente”<sup>26</sup>. Igualmente, el Banco Mundial reconoce que la mitad de los gastos mundiales destinados a investigación (70 a 90 mil millones de dólares), son financiados por instituciones públicas.<sup>27</sup> Es el caso de la mayoría de los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA.

El Massachusetts Institute Technology (MIT) también encontró que de las 14 drogas más significativas desarrolladas entre 1970 y 1995, el 80% (11 drogas), fueron financiadas con recursos gubernamentales<sup>28</sup>. Igual afirmación hace Public Citizen sobre los cinco medicamentos más vendidos en los EUA en los últimos años, señalando que el 85% de su financiamiento provino del gobierno<sup>29</sup>. El Cuadro 3 muestra el porcentaje de la participación gubernamental en la Investigación y Desarrollo (ID) de éstos 5 fármacos. Merrill Goozner señala para corroborar cifras de esta naturaleza que el National Institute Health (NIH) entregó a los centros de investigación públicos y privados 27 billones de dólares tan sólo en 2003.<sup>30</sup>

### CUADRO 3. CONTRIBUCIÓN DEL GOBIERNO PARA LA ID DE LOS MEDICAMENTOS MÁS VENDIDOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Ranitidina (Zantec)	80%
Acyclovir (Zovirax)	95%
Captopril (Capoten)	86%
Enalapril (Vasotec)	86%
Fluoxetina (Prozac)	77%
PROMEDIO	85%

Fuente: Public Citizen. <http://www.citizen.org>

<sup>26</sup> Natalia Herce. *Idem*, p. 56

<sup>27</sup> Natalia Herce. *Idem*, p. 57

<sup>28</sup> Germán Holguín Zamorano. *Op. Cit.*, p. 95

<sup>29</sup> Germán Holguín Zamorano. *Idem*, p. 95

<sup>30</sup> Holguín Z. *Idem*, p. 96

Para complementar esta información que deja en entredicho las argumentaciones empresariales se ha encontrado que las grandes corporaciones de la industria farmacéutica norteamericana gastan más en promover sus productos en el mercado (marketing) que en ID. El Cuadro 4 recoge información de las nueve compañías líderes al respecto.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO MARKETING/ID

Compañía	% del gasto en marketing	% del gasto en ID
Merck	13	5
Pfizer	35	15
Bristol-Myers-Squibb	27	12
Abbott	23	10
Wyeth	37	13
Pharmacia	44	16
Eli Lilly	30	19
Shering-Plough	36	13
Allergan	42	15

Fuente: Familias US 2001. AIS. Boletín AIS-LAC. No. 65. Diciembre 2002

Agréguese a todo lo anterior que diversos estudiosos concedores del mercado farmacéutico en el mundo han estimado que la recuperación de las inversiones de la industria suele realizarse en un periodo no mayor de tres a cinco años, por lo que estirar los tiempos de caducidad de las patentes a veinte o más años como se ha logrado, sólo significa mantener el control monopólico del negocio, precios elevados de los medicamentos y el traslado de una factura gigantesca al mercado de los países no desarrollados. Lamentablemente, la mayoría de los países que han firmado TLC's con los EUA han aceptado reglas del juego que sobrepasan las normas del ADPIC, el ADPIC-PLUS, para beneplácito de las grandes corporaciones aún cuando ello vaya en contra de las necesidades y de la salud de la población de dichos países.

Y por si fuera poco, en su afán de defender prioritariamente el negocio de sus corporaciones farmacéuticas los EUA no dudan en violar sus

propias leyes, como se desprende de la Trade Promotional Authority (TPA) en su sección 2101 b.4.c, de 2002, que ordena explícitamente al gobierno respetar la Declaración de Doha en todos los tratados de libre comercio que se suscriban. Pero ¿que país de los nuestros se va a atrever a demandar ante los tribunales norteamericanos que el gobierno respete las normas establecidas en su país? Ninguno, hasta ahora.

No se justifica entonces de ninguna manera, económica, moral y humanamente, la pretensión empresarial de aplicar la extensión de las patentes en los acuerdos de libre comercio, particularmente, cuando es conocido que el sector es uno de los más rentables, después de la industria de las armas y del petróleo, alcanzando niveles muy superiores a la media entre las 500 empresas de *Fortune*; 18.5% en contraste con el 3.3% de todas ellas.<sup>31</sup> Quede claro que como dice la OMS, “hay un conflicto de intereses intrínseco entre los objetivos legítimos del negocio de los fabricantes y las necesidades sociales, médicas y económicas del público”

**Patentamiento de segundos usos y métodos de uso.** El acuerdo ADPIC no reconoce este tipo de patentes, sin embargo las corporaciones transnacionales norteamericanas han impulsado disposiciones de esta naturaleza en los tratados de libre comercio<sup>32</sup>, siendo que, dichas patentes no cubren los requisitos legales mínimos exigidos por las normas mundiales de novedad, inventiva y aplicación industrial. No hay “novedad” porque la sustancia ya es conocida y sus estado es el de una técnica ya reconocida. No hay “inventiva” porque no es una nueva creación o un procedimiento nuevo, sino un descubrimiento de algo existente pero desconocido hasta ese momento. Tampoco es posible otorgarle la categoría de un “nuevo uso industrial” dado que no se materializa en un nuevo producto sino en una simple recomendación a los prescriptores (médicos) sobre su aplicación en una patología diferente a la originalmente concebida, de ser el caso, o de una difusión generalizada a los consumidores (pacientes) a través de los medios de comunicación habituales. Igualmente no existe justificación económica alguna puesto que generalmente éstos “descubrimientos” son productos más del azar que de una investigación original. No hay pues, inversiones en ID a recuperar como tanto se exige.

---

<sup>31</sup> AIS-LAC No. 65, Diciembre 2002.

<sup>32</sup> EUA-Marruecos (Art. 15.92); EUA-Jordania (Art. 19); EUA-CAFTA-RD (Art.15.10.3.a)

Sin embargo, lo que sí es posible alcanzar y de allí el interés de las corporaciones es prolongar hasta por 20 años de nueva cuenta las patentes de muchos medicamentos que estaban a punto de caducar, obstaculizando de esta forma la competencia de los genéricos equivalentes que generalmente son la alternativa más asequible para abaratarlos en nuestros países. Por esta vía señala por ejemplo, el Consejo Superior de Política Exterior de Colombia se aspiraría a patentar los nuevos usos de la aspirina, un medicamento que está en el dominio público hace ya más de un siglo. Cuestión que no está alejada de la realidad, en 2002 se anunció que se han encontrado efectos positivos de la aspirina en la prevención de algunos tipos de cáncer, tales como el de colon<sup>33</sup>. La aceptación de esta propuesta por parte de algunos países, como ya se ha hecho en algunos TLC's, juega en contra del derecho humano a la salud, la economía y el bienestar de nuestros pueblos, amén de que violan principios esenciales de los derechos sobre propiedad intelectual establecidos por la Organización Mundial sobre la Propiedad Intelectual (OMPI).

Respecto a los “nuevos métodos de uso” de la propuesta norteamericana en los TLC's, se abre una amplia gama de posibilidades para convertir en patentable cambios que no significan en sí mismo novedad alguna, simples combinaciones de sustancias activas, nuevas síntesis salinas, variantes en procesos de producción, modificaciones en la formulación, dosificación, presentación etc, de productos ya conocidos, podrían repententarse de manera indefinida, anulando en la práctica cualquier posibilidad de caducidad de las patentes originales y prolongar también indefinidamente el monopolio empresarial y sus perversas consecuencias<sup>34</sup>. La Oficina de Patentes de los Estados Unidos de América (USPTO por sus siglas en inglés) ha mantenido desde hace mucho tiempo una política muy flexible para determinar lo patentable, llegando a absurdos tales como haber patentado “la vida humana, las plantas y los animales”, principios que quieren imponer en todas sus negociaciones comerciales bilaterales

---

<sup>33</sup> Asociación Estadounidense de Investigación del Cáncer

<sup>34</sup> En abril de 2000 la oficina de patentes de los Estados Unidos de América concedió a Glaxo Smith Kline (GSK) una ampliación de 15 años al Augmentine, antibiótico patentado en 1981. Poco antes de la expiración de la patente la empresa realizó la petición de una nueva patente sobre la base de un nuevo agregado ya patentado en los setenta, obteniendo de esta forma dos patentes por una sola investigación. (Pilling y Wolfe 2000) Citado en “*Cambiar las Reglas: Comercio, Globalización y Lucha contra la Pobreza*, p. 218-219

o regionales y en los que ya han alcanzado algunos éxitos<sup>35</sup>. Para no perder nuestro objetivo central en este trabajo se dejan de lado por el momento esta cuestión y se remite al lector a un ensayo del autor citado páginas atrás.

Continuando con el aspecto que aquí interesa sobre la ampliación de la patentabilidad de productos conocidos, Public Citizen recoge una estadística de la Food and Drugs Administration (FDA), el organismo norteamericano responsable de registro y la calidad de los medicamentos y los alimentos, en la cual señala la realidad de los avances en este campo en el periodo comprendido de 1982 a 1991.

Categoría FDA	Número	Porcentaje
1A. Avance terapéutico importante	41	16
1B. Avance Terapéutico modesto	80	31
1C. Avance Terapéutico pequeño o nulo	137	53
Total de nuevos medicamentos aprobados 1982-1991	258	100

Fuente: Public Citizen. (Citado por Holguín, *Op. Cit.* p. 31)

En pocas palabras de un total de 258 medicamentos aprobados en el periodo señalado sólo el 16% significaron un avance terapéutico importante, el restante 84% fueron productos “similares” a los ya existentes o medicamentos *me too* de acuerdo al argot de la industria.

**Restricciones a licencias obligatorias e importaciones paralelas.** El ADPIC consagra el derecho de los países miembros de la OMC a otorgar licencias obligatorias para producir y comercializar un medicamento patentado sin la autorización del titular de la patente bajo circunstancias que cada país puede determinar sin limitación alguna (Art. 31). Ante la insistencia de los países ricos y de sus farmacéuticas para acotar tal derecho, la Declaración de Doha dejó bien claro que en el ejercicio de sus facultades los Estados miembros tienen la libertad de definir las bases para conceder tales licencias (P. 5c). No conforme con ello, las transnacionales de la mano del gobierno norteamericano se han propuesto

<sup>35</sup> TLC CHILE-EUA. (Art. 17.9.2); CAFTA (Art. 15.9.2)

boicotear el alcance de tal disposición. Y por ello en los acuerdos comerciales (TLC's), presionan para limitar o anular tal derecho.

En ese sentido las propuestas norteamericanas pretenden obtener ventajas presionando a los negociadores de su contraparte a aceptar limitaciones para que sólo en casos muy específicos se concedan tales licencias, anulando en los hechos la potestad y libertad de cada Estado a otorgarlas según sus propias necesidades, ya sea por emergencias de salud pública o simplemente para definir una política de precios que haga viable el acceso a los medicamentos a la población más desfavorecida. Condición necesaria para satisfacer el reclamo sobre el derecho a la salud y la vida. Si bien el derecho a la propiedad es también un derecho humano reconocido, éste no puede prevalecer por encima de otro derecho fundamental como el de la salud y la vida. En este sentido no existe contradicción de tesis alguna y así lo reconocen diversas instituciones mundiales dependientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El Artículo 6 del ADPIC permite a los países importar un producto patentado que se comercialice en otro país a un precio más económico y el Artículo 54 establece el principio universal de "agotamiento" de la patente, lo que significa la pérdida del derecho a impedir la circulación de un producto una vez que se ha comercializado en cualquier país. Estas disposiciones facilitan las importaciones, sin requerir permiso ni consentimiento alguno de parte de los propietarios de las patentes aprovechando así los diferenciales de precios existentes en los distintos mercados en los que se venden dichos productos. Esta salvaguarda es la que se conoce como el derecho de un país a realizar *importaciones paralelas* de medicamentos con el fin de abaratar sus precios localmente y facilitar su acceso. Pues bien, al igual que en los otros casos que hemos venido analizando, en todos los acuerdos comerciales negociados por los Estados Unidos, se impulsan normas para limitarlos, proponiendo reglas como la del *agotamiento regional*, válido sólo en la región de que se trate pero que requeriría permiso de los titulares de la patente en casos extraregionales y, siempre y cuando, sólo ellos puedan ser los importadores. Exclusividad que les permitiría anular precisamente la ventaja en precios pretendida por los países "socios" y una renuncia explícita al derecho alcanzado en el acuerdo mundial. (Una salvedad importante es que la salvaguarda se refiere exclusivamente a la importación de medicamentos patentados, los genéricos están excluidos de la norma y merecen un tratamiento aparte)

Algunos ejemplos que desenmascaran las arbitrarias políticas de precios que utilizan las transnacionales en los distintos mercados en que operan son suficientes para darse cuenta de la importancia que tiene la aplicación de esta salvaguarda en los países, del tercer mundo.

---

**MEDICAMENTO: CAPOTEN (25 MG-100 TABLETAS)**

---

<b>Precios en dólares</b>	
Bolivia	29.23
Brasil	67.7
Perú	60.44
Argentina	31.3
Chile	203.4
Colombia	94
Uruguay	26
México	37.75
España	18.9

---

Fuente. Acción Internacional para la Salud (AIS).

---

**MEDICAMENTO: BACTRIM DE ROCHE**

---

<b>Precios en dólares</b>	
El Salvador	192
Perú	34
Nicaragua	16

---

---

**GENTAYN DE SHERING**

---

<b>Precios en dólares</b>	
Perú	627
Brasil	284

---

---

**VOLTAREN**

---

<b>Precios en dólares</b>	
El Salvador	80
Perú	57
Brasil	35
Bolivia	35

---

STAVUDINA (40 MG) AÑO 2000

---

	Precios en dólares
Guatemala	7.55
Honduras	5.86
Brasil	0.28
Argentina	0.22
Chile	2.9
México	3.94
Panamá	3.33
Uruguay	4.35

---

Fuente: Acción Internacional para la Salud (AIS).

**Exclusividad sobre datos de prueba.** Para aprobar la comercialización de cualquier medicamento que utiliza nuevas sustancias químicas es necesaria la presentación de los datos que avalen las pruebas realizadas, que dichos datos no hayan sido divulgados previamente y cuya elaboración haya implicado un esfuerzo considerable. En éstos términos y sólo sobre esta base los datos serán protegidos contra “toda divulgación y contra todo uso comercial desleal”<sup>36</sup> Este es el sentido interpretativo que se ha dado al Artículo 39.3 del ADPIC, lo cual excluye cualquier otra circunstancia. El criterio de la OMS es mucho más preciso al respecto y estipula que para que haya protección de los datos se requiere a) Que el producto farmacéutico en consideración utilice una “nueva entidad química, es decir, una entidad química que no haya sido utilizada en el ámbito mundial o no haya sido objeto de un registro sanitario anterior en cualquier parte del mundo; b) Que se trate de datos “no divulgados” y c) Que la elaboración de éstos haya supuesto un “esfuerzo considerable”<sup>37</sup>

La tal exclusividad de los datos de prueba está por tanto acotada a las circunstancias mencionadas, en el entendido de que corresponde a cada país determinar en sus normas legales aquéllos actos que considere de competencia desleal y en tanto que la autoridad sanitaria no puede ser sujeto activo en ningún caso de competencia desleal, puede usarlos cuando lo considere pertinente en razón de las necesidades y políticas de salud del país.

---

<sup>36</sup> Holguín. *Op. Cit.*, p.44

<sup>37</sup> Holguín. *Op. Cit.*, p. 44



Para los negociadores norteamericanos, sin embargo, los criterios que deben aplicarse difieren sustancialmente, “nuevo” es toda aquella sustancia química que no haya sido registrada en el país de que se trate. Esta simple discrecionalidad significaría llevarnos al absurdo de desconocer en los tiempos actuales en que la información circula a grandes velocidades, lo que sucede en otras partes del mundo y esperar a ciencia y paciencia de los intereses de las corporaciones farmacéuticas cuando deciden enviarnos su “novedad” y hacernos acreedores a sus beneficios. Una forma igualmente muy sutil de monopolizar mercados locales y regionales. Al criterio de “no divulgación previa” le reclaman una mayor generalidad, “proteger todos los datos”, sean o no fruto de un esfuerzo considerable. Con ello se intenta poner una enorme traba al acceso a todo tipo de información que pudiere facilitar la producción de genéricos aun cuando se trate de alguna emergencia en la salud pública de un país. Cuestión que se agudiza cuando proponen también impedir el acceso a la información no sólo a un particular interesado sino a las propias autoridades de salud del país firmante, anulando en la práctica por esta vía, el derecho a otorgar licencias obligatorias cuando así lo requieran los programas de salud.

Bien, a pesar de la claridad de estas disposiciones multilaterales tanto de la OMC como de la OMS, los negociadores norteamericanos han logrado a través de los TLC’s revertirlas en beneficio de sus transnacionales. Los países que han aceptado las directrices de los EUA son Chile (Art. 17.10.1), Jordania, Marruecos y Singapur, además de los países CentroAmericanos agrupados en el TLC E:U-RD-CAFTA (Art. 15.10.1).

**Vínculos (Linkage) entre Registros de Patentes y Sanitarios.** El registro de patentes y la autorización para comercializar un producto farmacéutico corren generalmente en organismos estatales diferentes y corresponden a lógicas y normas igualmente distantes. En el primer caso, los derechos de propiedad intelectual previenen que el propietario de la patente es quien debe tutelar el ejercicio de su derecho, en el segundo, las autoridades sanitarias sólo otorgan un permiso para comercializar el producto. La exigencia norteamericana en este sentido, a pesar de que no se contempla en el ADPIC ninguna disposición al respecto, es que son las autoridades de los países firmantes de los tratados comerciales quienes deben proteger, tutelar sus derechos. Así que reclaman que las autorida-

des rechacen cualquier solicitud de un tercer interesado (un productor de genéricos) si una patente aún está vigente y su titular no haya otorgado consentimiento. Además exigen que la autoridad les informe la identidad del solicitante.

Con esta propuesta de nueva cuenta ve si el intento de las corporaciones norteamericanas de anular por la vía de los tratados comerciales cualquier posibilidad de acceso a la producción de genéricos y además se solicita que sean las autoridades quienes hagan el trabajo sucio para proteger sus patentes y su negocio. Hay que recordar que existe una disposición que data de 1984 en los EUA, conocida como excepción Bolar, que permite desarrollar y registrar un medicamento antes del vencimiento de una patente (no comercializarlo), y que facilita la llegada al mercado de los genéricos inmediatamente caduque una patente. Al aceptar ésta disposición los países firmantes de los TLC's asumirían responsabilidades que no les competen y que les son ajenas en tanto que los titulares de las patentes son entes privados con facultades plenas para defender sus derechos de acuerdo a las leyes de propiedad intelectual existentes en el país y no compete al Estado solicitar medidas administrativas o judiciales para impedir una infracción. En opinión de Médicos sin Fronteras (MSF), la medida norteamericana "supone una ventaja considerable para el titular de la patente, quien en el futuro no tendría que demandar ante los tribunales la infracción de la patente, pues es la autoridad sanitaria quien hace este trabajo desde la trastienda y sin ningún tipo de publicidad"<sup>38</sup>

Al respecto señala la Federal Trade Commission (FTC) de los EUA<sup>39</sup> que, de las solicitudes de registro de genéricos tramitados entre 1992 y 2001 en el 72% de los casos el trámite fue suspendido durante 30 meses o más. Y que en 73% de los casos juzgados, la resolución judicial resultó favorable para los fabricantes de genéricos. Y según señala Carlos Correa, resulta irónico constatar que la vinculación patente-registro sanitario, como la plantean los norteamericanos no existe en los EUA ni en Europa.

---

<sup>38</sup> MSF. *El acceso a medicamentos en peligro a escala mundial*, Mayo 2004.

<sup>39</sup> Bajo los preceptos de la Ley Hatch-Waxman "Ley para la competencia de precios en medicamentos y la restauración de patentes (Drug Price Competition and Patent Restoration Act)

La propuesta norteamericana sobre la vinculación patente-registro sanitario, desafortunadamente fue incorporada en los tratados comerciales con Chile (Art. 17.02. b y c), en el RD-CAFTA (Art. 15.10.3 a y b), en el TLC EUA-Perú, en el TLC EUA-Colombia, aún cuando están pendientes su ratificación por el Congreso norteamericano en el que los demócratas liderados por el representante Henry A. Waxman reclaman una “inmediata reconsideración” de las disposiciones que demoran el acceso a los medicamentos genéricos, como son la protección exclusiva de datos, la extensión de las patentes, el vínculo patente-registro sanitario, y las restricciones al derecho de los países de utilizar las licencia obligatorias y otras salvaguardas a la salud pública previstas en el ADPIC y en la Declaración de Doha”<sup>40</sup> . Supeditando además, en el caso colombiano, a que se adopten medidas contra la violencia antisindical y se aclaren los presuntos vínculos entre políticos y paramilitares. La excepción a la aceptación a estos acuerdos, por ahora, es Costa Rica que sometió a referéndum la firma del TLC, lo cual ha frenado su ratificación a pesar de que el SI fue la propuesta ganadora. Ello no ha evitado, sin embargo que las corporaciones farmacéuticas presionen a su representante comercial para que le aplique sanciones al pequeño país centroamericano por violación a la protección de las patentes sobre medicamentos. Por otro lado el representante Waxman, no ha dudado en señalar que “Lamentablemente, en la estrategia comercial de los EUA, se le ha dado mayor prioridad a las patentes que a la salud pública”<sup>41</sup>.

Si bien no cabe duda de que la postura política de los demócratas no difiere mucho de la de los republicanos en materia comercial, se aprecia en su justa dimensión, la preocupación del grupo parlamentario demócrata por encausar a su gobierno en el respeto a los acuerdos de carácter internacional firmados por el país, situación que contrasta con los afares y la actitud pasiva de nuestros negociadores y gobiernos en aceptar propuestas que sólo tienden a beneficiar a la industria y no a las necesidades de sus propios pueblos.

---

<sup>40</sup> Extracto de la carta dirigida por el representante demócrata Henry A Waxman apoyada por otros doce parlamentarios al Departamento de Comercio encargado der las negociaciones de los tratados comerciales. Citada en el Boletín FÁRMACOS . [http://www.boletinfarmacos.org/112007/econom%EDa\\_Am%E9ric](http://www.boletinfarmacos.org/112007/econom%EDa_Am%E9ric) [Consulta: 23/03/08]

<sup>41</sup> *Op. Cit.*

México, en cuyo TLC no se suscribieron medidas específicas al respecto se hizo presente al aceptar las propuestas norteamericanas mediante decreto del 19 de septiembre de 2003, incorporando al Reglamento de Insumos para la Salud el Art. 167 bis, que textualmente señala que “el solicitante del registro de un medicamento alopático deberá anexar a la solicitud la documentación que demuestre que es titular de la patente de la sustancia o ingrediente activo o que cuenta con la licencia correspondiente, ambas inscritas en el Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual”. En estas circunstancias y así lo estipula la segunda parte del Art. 167 bis del decreto presidencial, se establece un procedimiento gubernamental de vinculación entre dos dependencias, la Secretaría de Salubridad y (SSA) y el Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI), que originalmente operaban de manera independiente en el cumplimiento de sus respectivas funciones, en el que registro y patente, obedecían cada una de ellas a lógicas y responsabilidades de distinta naturaleza como se señalaba párrafos atrás.

Además, pretendiendo dejar a salvo los derechos de terceros, productores de genéricos, se establece que, “se podrá solicitar el registro de un genérico respecto de un medicamento cuya sustancia o ingrediente activo esté protegido por una patente, con el fin de realizar los estudios, pruebas y producción experimental correspondientes, dentro de los tres años anteriores al vencimiento de la patente”. Que necesidad hay de realizar “nuevas pruebas, estudios y producción experimental” de productos previamente patentados que han tenido ya una larga permanencia en el mercado y demostrado su eficacia en los tratamientos para los que fueron autorizados. Desde el punto de vista del autor una manera de entorpecer el camino a los medicamentos genéricos para colocarse en el mercado inmediatamente haya vencido una patente. Disposiciones como esta atienden, eso sí, puntualmente las presiones de las corporaciones farmacéuticas que podrán alargar por algunos años más su monopolio.

El cuarto párrafo del mismo artículo que se viene analizando se suma igualmente a la postura sostenida por las farmacéuticas sobre la “exclusividad y confidencialidad de los datos”. Ya analizamos párrafos atrás los inconvenientes de proteger datos que ya son públicos al momento de otorgarse una patente, a los cuales debería tener acceso cualquier interesado sin restricción alguna. Esta norma de nueva cuenta significa sumarse a las

---

directivas ADPIC-PLUS impulsadas por los norteamericanos y a las que México no estaría obligado puesto que en el TLC no están consideradas.

### **Otras propuestas ADPIC-PLUS.**

- a. Restricciones a la libertad de los miembros de la OMC a emitir licencias obligatorias. Según la Declaración de Doha los países miembros tienen derecho irrestricto a emitir licencias obligatorias por causales determinadas por sus propias autoridades. Las propuestas norteamericanas acotan dicho derecho a causales exclusivas tales como, prácticas anticompetitivas, uso público no comercial y emergencia nacional. Además dichas causales deben someterse al escrutinio y discrecionalidad de los propietarios de las patentes que se pretendan afectar. (TLC's con Australia, Jordania y Singapur)
- b. Prohibición a realizar importaciones de productos patentados sin la autorización del titular de la patente. El criterio del acuerdo ADPIC en este sentido es que los países miembros pueden importar libremente los medicamentos patentados de cualquier otro país con la finalidad de aprovechar los diferenciales de precios existentes en los distintos mercados en los que se expenda. En la jerga comercial se conoce éste principio como "importaciones paralelas" el cual permite a los países poner al alcance de su población medicamentos patentados más baratos dado que las propias corporaciones por situaciones de "mercado" mantienen diferenciales de precios no justificables en términos de la protección a la salud. (Acuerdos de esta naturaleza han sido aceptados por Australia, Marruecos y Singapur).
- c. Patentes de segundos usos. Una extensión innecesaria de las patentes no permitida por las normas internacionales al no cumplirse los requisitos exigibles para tales efectos. (Aceptado por Marruecos)
- d. Negación a la oposición a las solicitudes de patentes. Se pretende con ésta norma que los países firmantes violen o anulen derechos de igualdad ante la ley, debido proceso, imparcialidad, libre competencia y participación ciudadana, principios generalmente

establecidos en la mayoría de las Constituciones, incluso la norteamericana. Según ellos las oficinas de patentes sólo tendrán derecho a admitir objeciones una vez que las patentes han sido otorgadas. En pocas palabras los derechos de los ciudadanos de una nación no podrán contraponerse a sus derechos. Situación que genera obviamente condiciones de desigualdad inadmisibles en una democracia.

- e. Patentabilidad de los métodos de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos tanto en personas como en animales. Las implicaciones de esta propuesta pondrían a toda la comunidad médica y veterinaria bajo la vigilancia exhaustiva de las fuerzas de seguridad encargadas de hacer cumplir las leyes de propiedad intelectual para sujetarlos al pago de regalías a los propietarios de patentes. Ningún médico podría dar el diagnóstico de una enfermedad, recetar una terapia o hacer una cirugía sin antes revisar a quien pertenecen los derechos de sus decisiones. A tamaños absurdos llegan los negociadores comerciales norteamericanos y sus patrocinadores, las consabidas empresas farmacéuticas y de la salud.
- f. Prohibición a declarar la caducidad de una patente. Expresamente el Art. 5.a.2. en su parte final señala como causal de caducidad de una patente la “falta de explotación”. Ello con la finalidad de prever abusos por parte de los titulares en el ejercicio de su exclusividad y pudieran impedir por parte de terceros interesados el uso de una patente en los casos determinados por las propias leyes de los países miembros de la OMC.
- g. Sujetar los acuerdos de cooperación técnica sobre propiedad intelectual a los intereses norteamericanos. Ha sido una constante en los planteamientos de los negociadores de los EUA en los TLC's que los países asuman como suyas las disposiciones de sus leyes sobre derechos de propiedad intelectual, ignorando las carencias propias de los sistemas legales y administrativos para satisfacer necesidades de registro, proceso y seguimiento de patentes e incluso, por otro lado, sobre la visión y filosofía de nuestras formas de reconocer derechos de esta naturaleza. Son muy marcadas las diferencias entre los orígenes europeos y anglosajones de los

---

derechos de propiedad intelectual. Nuestros marcos jurídicos y costumbres sobre el tema oscilan entre la herencia europea y la visión norteamericana sin que hasta el momento se haya definido con toda claridad una posición independiente. Particularmente considero que México se ha visto arrastrados por la fuerza de los procesos de integración al mundo global a aceptar pasivamente la imposición del país que ha estado ejerciendo la hegemonía económica y sobre estos asuntos. Se tiene muchas cuentas pendientes al respecto y no se puede seguir siendo acríticos, se debe pensar que si se tiene una de las mayores riquezas en recursos biogenéticos, origen principal de los futuros medicamentos, esa riqueza debe ser protegida y considerada, en primera instancia, un bien de la humanidad y no simplemente un bien a ser vendido y comprado como pretenden los mercachifles de las farmacéuticas.

- h. Obstáculos a las transferencias de teconología. Entre los presupuestos más utilizados para embaucarnos a que firmemos TLC's con los EUA, está el del potencial de acelerar los intercambios tecnológicos que facilitarían catapultar el desarrollo. Hasta ahora esa es una promesa incumplida, todo lo contrario. En el caso que nos ocupa, el de los medicamentos, ha sido notorio el desmantelamiento de la industria local, adquisiciones, cierres, fusiones, etc, han sido las prácticas puestas en marcha por los grandes corporativos una vez que han logrado su objetivo mediante la firma de un tratado comercial. Hay muy pocas referencias positivas al respecto, se ha privilegiado la importación sobre la producción local y en consecuencia la transferencia tecnológica es completamente nula generando, cada vez más, una mayor dependencia del exterior para satisfacer nuestras necesidades. Algunos ejemplos, México ha estado transitando desde 1984, en su afán de integración al mundo global, los caminos que se le han impuesto, integración al GATT, OCDE, TLC, OMC, etc, de manera bastante despreocupada, confiando en que el anhelado desarrollo llegaría una vez que sumara a todas las iniciativas mundiales que se han venido anunciando por los países desarrollados. En el caso de la industria farmacéutica, eje central de este trabajo, el desmantelamiento es bastante serio, en 1987 existían en el país 94 empresas farmacoquímicas que producían 259 principios activos y

cubrían el 67% de las necesidades del país. Para 1994, año de la entrada en vigor del TLC, sólo existían ya 48 empresas que fabricaban 129 principios activos y abastecían 55% del mercado. En 2003, se producían el 86% de las necesidades del mercado aun cuando se importaba la mayoría de los principios activos. Para 2005, el desmantelamiento ha alcanzado proporciones críticas, si se considera que México el país de mayor consumo de medicamentos de la región, sólo existen 26 empresas. Se desconoce el número de principios activos que controlan y el porcentaje de las necesidades que cubre la producción nacional<sup>42</sup>. Lo que es cierto es que cada día se depende más de las importaciones para cubrir las necesidades de la población.

- i. Obligación de afiliarse a una variedad de tratados internacionales controlados por los norteamericanos. Generalmente la firma de un TLC lleva consigo el compromiso de pertenecer a diversos organismos internacionales que regulan diversos aspectos sobre la propiedad intelectual y además la obligación de ajustar el marco jurídico local a las exigencias norteamericanas y de dichos organismos. En el caso mexicano así sucedió y de manera puntual poco después de firmado el tratado la Ley de Propiedad Intelectual fue modificada a gusto de los EUA. Entre los tratados a los que se obliga pertenecer están, el Tratado de Cooperación de Patentes, TCP (1970); la Convención Internacional para la Protección de Nuevas Variedades de Plantas, conocido más por sus siglas en inglés como, UPOV (1991), y la Organización Mundial sobre la Propiedad Intelectual, OMPI, (1996), World Intellectual Property Organization (WIPO por sus siglas en inglés), entre otros de menor importancia.

La pertenencia obligada a éstos tratados se constituyen en una camisa de fuerza en el diseño de normas particulares sobre propiedad intelectual que limitan y subordinan los intereses propios de los países del tercer mundo a los de los detentadores del poder global en dichos organismos, que no son otros sino, los dueños de la industria. Diversos autores reconocen el papel trascendente que juegan los grupos empresariales en dichos organismos. Musungu y

---

<sup>42</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). *Política Farmacéutica de México*, p. 32-34, México, 2005.



Dutfield, afirman, por ejemplo que existe “una influencia desproporcionada de los grupos industriales en las negociaciones”<sup>43</sup> refiriéndose a la OMPI. Weissman<sup>44</sup>, ha denunciado la presión ejercida sobre el Comité sobre Propiedad Intelectual de los EUA por las empresas Pfizer, Merck y Dupont para convencer a la administración Reagan en la formulación del ADPIC. Edmund Pratt, ex-ejecutivo de Pfizer resalta igualmente, el papel de la empresa en su alianza con el gobierno para promover el ADPIC, “Nuestra fuerza conjunta nos permitió establecer una alianza global entre el sector privado y el gobierno que sentó las bases de lo que sería el ADPIC”<sup>45</sup>.

Se han analizado en los rubros anteriores el conjunto medular de propuestas realizadas por los negociadores norteamericanos en los TLC's firmados o por firmar en los años recientes a partir, principalmente, del acuerdo ADPIC y de su ratificación en la Declaración de Doha, en la que los países en proceso de desarrollo lograron la clarificación de las políticas propuestas originalmente en las negociaciones que dieron origen a la OMC. En todas las negociaciones comerciales que los países han realizado con los EUA, éste ha pretendido y ha logrado en numerosos casos que prevalezca su postura. Así los países en desarrollo han declinado en sus derechos, por la vía de los acuerdos bilaterales o regionales, aceptando normas que anulan en la práctica los alcances y disposiciones de los acuerdos globales. Esto es aceptando los llamados acuerdos ADPIC-PLUS que finalmente minimizan, restringen o anulan las normas generales.

El ADPIC fijó estándares mínimos sobre los derechos de propiedad intelectual en los asuntos comerciales, el ADPIC-PLUS ha subido varios escalones dichos estándares, a grado tal que los supuestos efectos positivos originalmente publicitados y que impulsarían el desarrollo, las inversiones y el crecimiento de los países en proceso de desarrollo y pobres, se han desdibujado totalmente. Nada se ha alcanzado realmente, sino una mayor subordinación a los intereses de las naciones más poderosas que

---

<sup>43</sup> Sisule F. Muzungu y Graham Dutfield. *Acuerdos Multilaterales y un Mundo ADPIC-PLUS*, Oficina Cuáquera ante las Naciones Unidas. (QUONO), Ginebra. s/f [Consulta 23/03/08]

<sup>44</sup> “Cambiar las Reglas.” *Op. Cit.* p.212

<sup>45</sup> *Idem.* p. 212

han impuesto de manera imperativa sus criterios. Y éstos, generalmente, poco tienen que ver con las necesidades y requerimientos de las naciones en desarrollo.

Todos los miembros firmantes de la OMC han reconocido como principio en su proceso de integración normas de “no discriminación”. Esto significa simplemente un trato igual para todos los integrantes. Al aceptarse las disposiciones ADPIC-PLUS en los tratados bilaterales o regionales vía TLC's, éstos repercuten al conjunto de la organización. En el caso aquí tratado no sólo se benefician las corporaciones farmacéuticas norteamericanas sino las del resto de los países, particularmente las europeas, que conjuntamente con las norteamericanas detentan buena parte del mercado mundial. Es por ello que, en todos estos procesos de negociación avanzados por los EUA, las farmacéuticas europeas y sus respectivos gobiernos sólo han mantenido una actitud expectante y silenciosa, para después exigir sus rebanadas del pastel.

A poco menos de quince años de la creación de la OMC (1995) y de la firma del TLC-México, Estados Unidos, Canadá, (1994) y de la aceptación de los acuerdos ADPIC (1994 en el GATT) e inmediatamente incorporadas a la OMC en su creación, y después del impulso de las propuestas y demandas norteamericanas de los ADPIC-PLUS, particularmente exigibles en los TLC's a partir de las aclaraciones y ratificaciones alcanzadas en la Declaración de Doha (2001) se necesita un balance que ponga en su justo lugar las promesas y la realidad. Nos interesa, de primera mano, limitarnos al tema de la salud. Es bien sabido que el ADPIC tiene igualmente repercusiones muy importantes en otros sectores industriales como el de la informática, el de los medios de comunicación y la cultura, el editorial y en lo general en todos aquellos sectores relacionados, directa o indirectamente, con la propiedad intelectual o como se dice hoy día, con el conocimiento.

Siendo los países industrializados los poseedores del 97% del total de las patentes registradas en el mundo, según datos del PNUD de 1999, la propuesta norteamericana del Acuerdo sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), patrocinada por su Consejo sobre Propiedad Intelectual, recibió de su parte una inmediata aceptación e impulso por varias razones, primero los Convenios de Berna, (1886), París (1883) y otros menos trascendentes

sobre el tema de los DPI, no incidían claramente en los asuntos propios de los intercambios comerciales, segundo las leyes locales, si bien algunas se ajustaban parcialmente a los Convenios existentes, o de plano eran inexistentes, originaban una anarquía total con normas y reglas diversas y contradictorias muy poco ajustadas a los intereses de las grandes corporaciones mundiales, tercero, los mecanismos y disposiciones de la Organización Mundial sobre la Propiedad Intelectual (OMPI, 1970 y desde 1974 organismo especializado de la ONU), igualmente no atendían aspectos medulares de los derechos de propiedad intelectual en el comercio mundial y del desarrollo, sino de simple promoción de éstos.

En estas circunstancias el ADPIC cerraba una pinza muy importante y de interés para los detentadores de la mayoría de las patentes. Una vez aprobado este acuerdo se constituyó en la norma mundial obligatoria a seguir por todos los miembros de la OMC, que están siendo modificadas subrepticamente, como se ha visto, en los acuerdos comerciales.

En el desequilibrio existente sobre la propiedad de las patentes, 97% en los países ricos y 3% en todos los demás, subdesarrollados y pobres, la balanza se inclina para un solo lado. No sólo por la propiedad en sí sino porque el monto de los beneficios que se genera en el comercio mundial por esta razón tiene el mismo destino, los países ricos. Y quizás alguna migajas se queden. El propio Banco Mundial en 2002 hizo un ejercicio de simulación y concluía que “los seis países industrializados con un superávit significativo en el comercio sujeto a la propiedad intelectual, verán aumentar sus ingresos en unos 40 mil millones de dólares como resultado del acuerdo ADPIC”<sup>46</sup>. Solamente para México, la sangría por esta causa (pago de regalías por derechos de autor, patentes, etc) representa 2%–3% del total de sus ingresos por exportaciones.

En muy distinto tono pero siempre bajo el supuesto de que al aceptar el acuerdo ADPIC, los países del tercer mundo a pesar de los sacrificios iniciales, el costo por la integración al desarrollo, se verían beneficiados en el largo plazo puesto que las garantías permitirían que se detonarán la inversión extranjera, la innovación nacional y la transferencia de tecnologías, y en consecuencia el crecimiento y el desarrollo, han resultado en

---

<sup>46</sup> “Cambiar las Reglas.”. *Op. Cit.* p.211

un discurso hasta ahora, poco creíble. Los destinos de la mayoría de las inversiones extranjeras en los últimos años guardan una correlación muy lejana con la aceptación de los DPI, “China, Tailandia y Argentina, citados frecuentemente por los EUA como los que más violan los DPI,” han recibido en la última década un mayor flujo de inversiones que otras naciones más respetuosas. El supuesto, de una mayor transferencia de tecnologías es igualmente dudoso, en la mayoría de los casos, lo que se ha detectado es que las grandes corporaciones han estado reduciendo su inversión en ID en sus filiales y concentrándolas en sus matrices. Tampoco es de fiar el hecho de que al haber subido muchos escalones la protección de las patentes, se haya propiciado un mayor proceso de innovación. Las patentes se constituyen en un monopolio inexpugnable durante muchos años, 20 años en el caso de los medicamentos, y sino se puede copiar difícilmente se puede innovar. La regla seguida por el Japón, de todos conocida, para catapultar su desarrollo después de la Segunda Guerra Mundial, fue precisamente la de copiar primero e innovar después.

Crecimiento y desarrollo como promesas han sido muy útiles para vender todo tipo de espejismos por la aspiración de los países en desarrollo de igualarse económica y socialmente con el modelo de los ricos. Sin embargo, todo ha quedado en un espejismo, realmente ninguno de estos países ha podido alcanzar en estos quince años una medianía equiparable. Los vaivenes bastante frecuentes entre periodos de prosperidad y crisis los mantiene en una media de crecimiento, 2% a 3%, que poco sirven para despegar.

Sobre lo que sí existe es un clamor generalizado de que se ha estado abusando del sistema de patentes. Algunos países, incluso ricos, han levantado su voz de alerta. Les empieza a preocupar que el sistema se haya convertido más en un mecanismo de control de mercados que en un sistema de competencia sano. La flexibilidad de las normas de patentamiento que han impuesto los EUA, en el que casi todo es patentable, simples ajustes o modificaciones menores a los productos, métodos empresariales, sistemas de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos (como ya se analizó páginas atrás) y hasta simples ideas sin fructificar, se han convertido en un verdadero enredo que poco contribuye a alcanzar los fines que se habían propuesto. A los países pobres las metas se le han puesto más difíciles y lejanas, a los arquitectos del sistema, las cosas les ha estado pintando muy bien. Los pagos por licencias, royalties, etc, por sus patentes se

han incrementado notablemente, “en 1998 costaron a los países en desarrollo alrededor de 15 mil millones de dólares, siete veces más que en los años ochenta”<sup>47</sup>.

Hay muchas coincidencias en los análisis de numerosos especialistas en señalar que una de las industrias más favorecidas por el acuerdo ADPIC es la industria farmacéutica. Esto sólo significa que hay perdedores y como siempre sucede serán los pobres de los países menos desarrollados. Para la entrada en vigor del ADPIC se acodaron plazos para que todos los países, según sus características en cuanto al nivel de desarrollo, hicieran los cambios en sus respectivas legislaciones sobre el tema de la propiedad intelectual. Para los desarrollados fue inmediata su aplicación, para los que están en desarrollo ya se les acabó el tiempo, 2005 fue su fecha límite para otorgar patentes a los medicamentos. A los menos desarrollados les quedan pocos años, 2016 es el límite. Después de esa fecha el sistema se habrá universalizado y en este mundo global nadie estará exento al monopolio que se habrá creado por cada medicamento patentado durante 20 años.

Los monopolios por su naturaleza tienden a controlar el mercado, son un factor determinante para limitar la competencia e incrementar los precios. Esos hechos ya se registran en la mayoría de los países que han acatado las reglas. Se han puesto numerosos obstáculos a la industria paralela de los genéricos, que juegan un papel muy importante en la reducción de los precios. En el caso de la India, uno de los mayores productores de genéricos, se ha estimado un incremento del 26% en los genéricos y 200 a 300% en los medicamentos patentados. La aplicación del ADPIC en estas condiciones constituye una grave amenaza a la salud de los pobres que para tener acceso a los medicamentos dependen en buena medida de los servicios públicos sanitarios, casi siempre con presupuestos raquíticos y del apoyo familiar. Presupuesto pobre, medicinas más caras, menos acceso a ellas, una fórmula explosiva de consecuencias catastróficas que poco ayuda a solucionar los problemas de pobreza. La OMS ha señalado insistentemente que en los países pobres los medicamentos son, con mucho, el principal componente del gasto familiar en atención sanitaria, ascendiendo del 50 al 90% del total.

---

<sup>47</sup> ONU. 1999

Por el lado de los recursos presupuetales destinados a la atención de la salud en los países pobres, deficitarios en la mayoría de los casos para cubrir las necesidades, la puesta en vigor del ADPIC significa la exclusión de una porción muy importante de la población a los servicios médicos, desabasto permanente de medicamentos y tratamientos inconclusos, además de incidir fuertemente en las condiciones de vida de las familias ocasionando desarticulación familiar, desequilibrio patrimonial por la venta de bienes y endeudamiento, en fin, un círculo del cual pocos pueden salir, una vez superada la enfermedad, si se logra.

La OMS ha comparado el gasto público en salud entre los países de renta baja y alta y llegado a conclusiones dramáticas. Con frecuencia, dice en sus informes, que la media de gastos de los primeros países, gira en torno a de los 5 a 7 dólares per cápita, frente a los 1600 dólares per cápita en los segundos. El extremo lo constituyen algunos países de África y Asia cuya proporción sólo alcanza 0.50 dólares por persona. En conclusión, nada bueno ha traído la aceptación del ADPIC para los países poco desarrollados, el discurso para imponerlo ha quedado sólo en eso, un discurso. Y para colmo, las normas ADPIC-PLUS no han hecho otra cosa sino agravar la situación y dado armas jurídicas para que los grandes corporativos farmacéuticos mantengan bajo amenaza constante a los países que se atrevan a intentar salirse de sus redes tan bien construídas.

## **Conclusiones**

Las grandes corporaciones farmacéuticas ejercen un dominio total del mercado de medicamentos a nivel mundial. No escapan a su dominio y control los organismos internacionales relacionados con el comercio, la Organización Mundial de Comercio (OMC), con la propiedad intelectual, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta situación se constata en el trabajo que se ha presentado en donde se da cuenta de las formas y mecanismos utilizados por el sector para subordinar las decisiones de mayor importancia a sus designios particulares, que no son otros sino sus magnificadas ganancias. Las mayores entre todos los sectores industriales conocidos.

Si bien los países participantes en el concierto internacional, en determinados momentos, han logrado ciertas ventajas para adecuar el mer-

cado de medicamentos a sus necesidades y calamidades, lo cierto es que las amenazas que con frecuencias utilizan las corporaciones tiene efectos atemorizantes en las autoridades gubernamentales que pocas veces utilizan los mecanismos legales existentes para sustraerse a sus dictados. Un ejemplo, en la crisis por la influenza humana, México muy bien y legalmente podría romper la patente de los antivirales y ordenar su producción en el país a costos muy reducidos en beneficio, naturalmente, del pueblo mexicano y de las finanzas nacionales. Pero no, prefirió seguirlos comprando y pagar los elevados royalties a las corporaciones farmacéuticas poseedoras de las patentes.

## Bibliografía

- Bleeh, Jörg (2005). *Los Inventores de Enfermedades*, Edit. Destino. Barcelona.
- Bradol, Jean Hervé (2003). *Invisibles. La gente enferma y sin dinero ¿ necesita hacerse rica para que podamos mantenerla con vida ?*, Edit. Médicos sin Fronteras, París.
- Fort, Meredith; Mercer, Mary Anne; Gish, Oscar (2006). *El Negocio de la Salud. Los Intereses de las Multinacionales y la Privatización de un Bien Público*, Edit. Paidós, Barcelona.
- Forcades, i Vila Teresa. *Los crímenes de las grandes Compañías Farmacéuticas*, (2006), Edit. Cuadernos CJ. 141, Barcelona.
- Gabeko, M. Mugarik (2008). *Las 10 crisis más olvidadas de 2007. 4 Reportaje, MSF. 74*, Edit. Médicos sin Fronteras, Barcelona.
- Guzmán, Alenka; Viniegra, Gustavo (2005). *Industria Farmacéutica*, Edit. UAM-Porrúa, México.
- Herce, Natalie (Coordinador) (2003). *Medicamentos y Desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo*, Edit. Medicus Mundi, Pamplona.
- Holguín, Zamorano Germán (2004). *La Bolsa y la Vida. Impacto de la agenda norteamericana para el TLC sobre el acceso a medicamentos y la Salud Pública*, Edit. Misión Salud, Bogotá.
- Hubbard, Bryan (2006). *Secretos de la Industria Farmacéutica. Efectos adversos de muchos medicamentos: bajo sospecha su fabricación y prescripción*, Edit. Contrapunto, Barcelona.
- Jara, Miguel (2007). *Traficantes de Salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*, Edit. Icaria, Barcelona.



- 
- Moynihan, Ray; Cassels, Alan (2006). *Medicamentos que nos Enferman e Industrias Farmacéuticas que nos convierten en pacientes*, Edit. Contrapunto, Barcelona.
- Musungu, F. Sisule; Dutfield, Graham (2003). *Acuerdos Multilaterales y un Mundo ADPIC-Plus*. OMPI, Edit. Oficina Cuáquera ante la ONU (QUNO), Ginebra.
- Onori, Andrea (2007). *La Propiedad Intelectual y el acceso a los Medicamentos*, Edit. Centrale Sanitaire Suisse Romande, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, Informe de la Secretaría*. Edit. OMS. 56a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de Comercio (2001). *Declaración Ministerial 14 de Noviembre de WT/MIN(01)/DEC/1*.
- Oxfam International. (2007). *Invertir en la Vida. Cómo lograr el acceso a medicamentos esenciales a través de prácticas empresariales responsables*. Informe 109, Edit. Intermón-Oxfam, Barcelona.
- Oxfam International (2006). *Patentes contra Pacientes. Cinco años después de la Declaración de Doha*. Informe 95, Edit. Intermón-Oxfam. Barcelona.
- Oxfam International (2002). *Cambiar Las Reglas. Comercio, Globalización y Lucha contra la Pobreza*. Informe 8, Edit. Intermón-Oxfam, Barcelona.
- Pignarre, Philippe (2005). *El Gran Secreto de la Industria Farmacéutica*, Edit. Gedisa, Barcelona.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (2005). *Política Farmacéutica de México*, México.
- Shiva, Vandana (2003). *¿Proteger o Explotar? Los Derechos de la Propiedad Intelectual*, Edit. Intermón-Oxfam. Barcelona.
-

3D Trade, Human Rights, Equitable Economy (2005). *Sesión de estudio detallada sobre propiedad intelectual y derechos humanos*, Edit. 3D, Ginebra.

3D Trade, Human Rights, Equitable Economy (2006). *Propiedad Intelectual, Desarrollo y Derechos Humanos. Informe Político 2*, Edit. 3D, Ginebra.