

LUNES, 18 DE MAYO DE 2009

Industria farmacéutica privada y salud pública son incompatibles (Parte I)

Alejandro Teitelbaum (especial para ARGENPRESS.info)

I. Como las crisis económicas y financieras, las crisis sanitarias son reveladoras de la naturaleza inhumana, irracional y antisocial del sistema capitalista, sobre todo en su estado actual de descomposición económica, política y social.

La pandemia de gripe porcina es un ejemplo. En su presunto foco original en el Estado de Veracruz, México, todo parece indicar que la contaminación humana hay que atribuirla a las condiciones totalmente contrarias a las reglas de higiene en que trabaja la empresa Granjas Carroll, subsidiaria de Smithfield Foods de Estados Unidos, la más grande transnacional mundial de producción porcina, establecida, entre otros países, además de México y Estados Unidos, en Polonia, Rumania y China.



También contribuye la alta concentración del ganado porcino en esos establecimientos y su alimentación, lo que puede facilitar la propagación del virus. Como resultado, el pueblo de La Gloria y sus alrededores está permanentemente envuelto en una atmósfera pestilencial, que agobia y enferma a sus habitantes, más de la mitad de los cuales tiene problemas respiratorios.

Todos hemos podido ver en los grandes medios de comunicación a muchos habitantes de la ciudad de México y a viajeros en distintos aeropuertos del mundo portando mascarillas protectoras. Pues bien, en La Gloria no hay tales mascarillas y sus habitantes casi no reciben atención médica. Pero cuando se anuncia la llegada de visitantes extranjeros salen brigadas de empleados estatales a pintar con cal las casas y a barrer las calles y se despliega un cartel (en inglés « of course ») que dice algo así como : « Bienvenidos a La Gloria, libre de influenza porcina » (reportaje de la televisión franco-alemana Arte).

Eso muestra, de manera un tanto grotesca, el tratamiento político-mediático del problema.

Que ha servido, de paso, para tratar de hacer olvidar otros problemas sociales acuciantes derivados de la crisis económico-financiera.

Ese tratamiento político-mediático se refleja en las informaciones contradictorias sobre el número de contaminados, de fallecidos y en un tono general de alarmismo del que no está exenta la Organización Mundial de la Salud .

Sobre todo si se compara con el número de muertos (entre 250.000 y 500.000) que provoca cada año en el mundo la gripe común o estacional.

Un alarmismo similar se creó con la gripe aviar de la que hasta ahora ha habido en el mundo algo más de 400 contaminados y unos 220 muertos, la mitad de ellos en Indonesia y el resto en China, Vietnam, Tailandia y Turquía. Y un gato muerto en Alemania (sic).

Tanto en el caso de la gripe aviar como en el de la actual gripe porcina se puede verificar que la casi totalidad de los casos mortales afecta a personas vulnerables (mal alimentadas, mal atendidas y que vivían en un medio sanitario desfavorable). En efecto, según las estadísticas dadas a conocer por la OMS el 15 de mayo, México con 60 muertos sobre 2446 casos, registra la tasa de mortalidad de lejos más elevada (2,45%) en tanto que Estados Unidos con tres muertos sobre 4298 casos, significa una tasa de mortalidad del 0,6 por mil. Y en los 32 restantes

países alcanzados por el virus se han registrado dos fallecimientos, uno en Canadá y otro en Costa Rica.

Mucho se ha escrito últimamente, y con razón, acerca de los intereses económicos en juego en el combate contra la pandemia.

Se afirma que el Tamiflu, fabricado por Roche con la licencia de explotación que compró a Gilead Sciences, Inc (que recibe de Roche una participación en los beneficios en forma de regalía) es el medicamento apropiado para combatir la enfermedad producida por el virus llamado A H1 N1 (gripe porcina). Se habla menos del Relenza, medicamento producido por GlaxoSmithKline.

El Tamiflu (oseltamivir) y el Relenza (zanamivir) , que existen antes de la aparición del nuevo virus no son, como es lógico, medicamentos específicos para combatirlo. Más aún, no pocos especialistas ponen en duda su eficacia para curar la gripe estacional o común, que se previene (relativamente) con la vacuna que se prepara cada año, tratando de anticipar la configuración del virus, que muta todos los años.

No obstante las serias dudas sobre su eficacia, la Organización Mundial de la Salud, que en agosto de 2005 recibió de "regalo" de Roche 3 millones de tratamientos (30 millones de dosis), cuando apareció la gripe aviar recomendó a todos los países acumular stocks de Tamiflu, que que hasta entonces tenía poco éxito en el mercado.

Fue entonces que muchos gobiernos compraron y acumularon enormes cantidades de dosis, lo que provocó un espectacular aumento de las acciones de Roche y Gilead. Se estima que en el mundo hay desde entonces un stock de 220 millones de dosis. Francia, por ejemplo, tiene guardadas 30 millones de dosis desde 2005, en Estados Unidos en julio 2005 el Pentágono compró reservas de Tamiflu por 58 millones de dólares. En ese momento Donald Rumsfeld, accionista de Gilead, era aún secretario de defensa. Alemania compró en junio de 2005 el mismo medicamento por 150 millones de euros y México anunció en octubre 2005 que le compraría a Roche algo más de 400 millones de pesos de Tamiflu. Así fue como en los nueve primeros meses de 2005 las ventas de Tamiflu aumentaron en un 263% por un total de 554 millones de euros.

La mayor parte de esos stocks de Tamiflu acumulado no se llegó a utilizar porque la gripe aviar se transmitió muy limitadamente a los seres humanos y sólo en ciertas regiones del mundo. Esos reservas de Tamiflu acumuladas van perdiendo su eficacia terapéutica con el transcurso del tiempo.

Ahora, como una bendición del cielo para los laboratorios, apareció la gripe porcina . Y la Organización Mundial de la Salud volvió a recomendar en abril último a los Gobiernos que acumularan stocks de Tamiflu y otros antivirales. Y las acciones de Roche y de Gilead comenzaron nuevamente a subir (4 y 3 por ciento respectivamente a fin de abril de este año).

Sin embargo, el 12 de mayo la Organización Mundial de la Salud, por intermedio de una de sus especialistas, declaró que teme que el virus de la gripe porcina se haga resistente a los antivirales al combinarse con la cepa de la gripe tradicional en el hemisferio sur.

"Estamos enfrentando el riesgo de resistencia del virus", explicó Nikki Shindo. La profesional subrayó que el año pasado la gripe estacional había mostrado "signos de resistencia al oseltamivir". Es decir al Tamiflu, el antigripal recomendado por la OMS para combatir el nuevo virus.

De modo que ahora la OMS, un poco tarde, se suma a los que ponen en duda la eficacia curativa del Tamiflu.

En el sitio web de la OMS (who.int/csr/disease/swineflu/faq/es), se aclara que : « No hay ninguna vacuna para evitar que el actual virus de la gripe por A (H1N1) cause la enfermedad en el ser humano. No se sabe si las actuales vacunas estacionales confieren algún grado de protección. Los virus gripales cambian muy rápidamente ». Y se agrega, un poco ambiguamente que : « En algunos países se dispone de antiviricos contra la gripe estacional, y esos medicamentos permiten prevenir y tratar eficazmente la enfermedad. Hay dos tipos de fármacos: los adamantanos (amantadina y rimantadina) y los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir) ». Y un poco más adelante figura esta frase, que no ofrece dudas : « NO SE DISPONE DE INFORMACION SUFICIENTE PARA FORMULAR RECOMENDACION ALGUNA ACERCA DEL USO DE ANTIVIRICOS PARA LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA GRIPE PORCINA ».

Pero sobre lo que no hay duda alguna acerca de la eficacia del Tamiflu, es que su venta masiva aumenta enormemente las ganancias de los accionistas de Roche y de Gilead , entre éstos últimos Donald Rumsfeld, ex director de la firma.

Llama además la atención que no se hace pública información alguna sobre el tratamiento aplicado para curar a los contaminados por el nuevo virus. ¿Se les administró Tamiflu, Relenza, antibióticos comunes, aspirinas o ningún medicamento? Tampoco se conocen informes médicos (autopsias, exámenes virológicos, bacteriológicos, etc) de los que fallecieron aparentemente a causa del nuevo virus.

Aunque en el mismo sitio web de la OMS (who.int/csr/disease/swineflu/faq/es) se dice (¿se confiesa ?) que :

«La mayoría de los casos de gripe porcina notificados anteriormente corresponden a pacientes que se recuperaron plenamente de la enfermedad sin necesidad de atención médica y sin recibir antivíricos ».

ES CIERTO QUE ANTE LA AMENAZA REAL O PRESUNTA DE UNA PANDEMIA GRAVE SE JUSTIFICAN PLENAMENTE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS, QUE NO CONSISTE UNICAMENTE EN VENDER MEDICAMENTOS MAS O MENOS EFICACES SINO EN DISMINUIR LA VULNERABILIDAD DE BUENA PARTE DE LA POBLACION FACILITANDOLE LAS CONDICIONES DE ACCESO A UNA ALIMENTACION EQUILIBRADA Y COMPLETA Y A INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS Y HOSPITALARIAS ADECUADAS.

El manejo de la actual pandemia suscita, como hemos visto, una serie de interrogantes.

La Organización Mundial de la Salud, que debería desempeñar un papel independiente y decisivo frente a las epidemias que asuelan el planeta, está demasiado comprometida con los grandes laboratorios farmacéuticos, como para creer en su objetividad . Su ex directora, Gro Harlem Brundtland, dijo en Davos el 29 de enero de 2001: "Debemos proteger el derecho de las patentes...La industria ha hecho un esfuerzo admirable para cumplir con sus obligaciones con sus donaciones de medicamentos y sus reducciones de precios". Y su director de gabinete explicaba esa profesión de fe por la necesidad de obtener financiación privada, pues los Estados les proporcionan pocos fondos, y de hacer buena figura ante Estados Unidos, que tiene los "cordones de la bolsa" mundial (Jean-Loup Motchane, Quand l'OMS épouse la cause des firmes pharmaceutiques, en Le Monde Diplomatique, julio 2002, p. 10).

Cabe entonces interrogarse acerca de si la presencia de fuertes intereses privados contamina negativamente las políticas públicas para enfrentar una emergencia sanitaria.

La respuesta es, evidentemente, SI.

AHORA SE DICE QUE LOS LABORATORIOS NO TIENEN LA POSIBILIDAD DE FABRICAR AL MISMO TIEMPO ESTE AÑO UNA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL Y CONTRA LA GRIPE PORCINA Y QUE ENTRE EL 18 DE MAYO Y FIN DE MES SE TOMARA UNA DECISION A NIVEL DE LA OMS A FAVOR DE DAR LA PRIORIDAD A UNA U OTRA VACUNA.

CABE PREGUNTAR : ¿ES REAL LA IMPOSIBILIDAD DE FABRICAR SIMULTANEAMENTE LAS DOS VACUNAS (O UNA VACUNA COMBINADA PARA AMBOS VIRUS) AUNQUE SE MOVILICEN A ESCALA MUNDIAL TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES, PUBLICOS Y PRIVADOS ? ¿LA DECISION SE TOMARA SOBRE BASES RIGUROSAMENTE OBJETIVAS Y CIENTIFICAS Y EN FUNCION DEL INTERES GENERAL O EN FUNCION DE LOS INTERESES DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA?.

MARTES, 19 DE MAYO DE 2009

Industria farmacéutica privada y salud pública son incompatibles (Parte II Final)

Alejandro Teitelbaum (especial para ARGENPRESS.info)

II. Corresponde también preguntarse, si la presencia de fuertes intereses privados no afecta negativamente las políticas sanitarias en general y si es admisible que se lucre con la salud de los seres humanos.

La industria farmacéutica es una de las más rentables, sino la más rentable de todas las industrias, incluido el tráfico de drogas y la venta de armamentos.



Según la revista Fortune de abril de 2003 entre las 500 empresas industriales estadounidenses más grandes, las de la industria farmacéutica aventajan de lejos a las demás en tres criterios de beneficios : 14,5% sobre el capital, o sea 6 veces la media de las 500 empresas, 17 % de beneficio neto sobre el volumen de negocios, esto es 5,5 veces la media de las 500 empresas y el beneficio de las acciones alcanza el 27,6%, 3 veces más que la media de las empresas citadas por Fortune. (Entrevista publicada en la Revista En Marche, de la Mutualité Chretienne de Bélgica el 7 de marzo de 2005 al doctor Dirk van Duppen, autor del libro « La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers ». Colección EPO, Bruselas 2005).

Además la industria farmacéutica tiene otras ventajas financieras : en Estados Unidos, sede de varias de las mayores transnacionales farmacéuticas, los gastos en investigación y en marketing se deducen de los impuestos y el impuesto sobre las ganancias ha sido del 16,3% en tanto que la media de dicho impuesto para las otras industrias ha sido 27,3% (Boston Globe, 23 de diciembre de 1999).

Las diez empresas farmacéuticas transnacionales más grandes vendieron en 2005 por 295 mil millones de dólares y tuvieron en ese año un beneficio de 58 mil millones. En el decenio 1996-2005 la tasa de rendimiento medio de esas empresas sobre el capital invertido -deducidos los impuestos- fue del 29%. En el mismo período invirtieron 288 mil millones en la investigación, 739 mil millones en marketing y administración y sus accionistas recibieron 317 mil millones de dólares. Es decir que en investigación se invirtió 2,6 veces menos que en marketing y administración y los dividendos percibidos por los accionistas fue superior a la inversión en investigación. (Datos extraídos del trabajo « Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique mondiale pour la période de dix ans 1996-2005 », realizado por los profesores Leo-Paul Lauzon y Marc Hasbani de la Universidad Quebec de Montreal. http://www.cese.uqam.ca/pages/pub_recherche.php? sujet=pub_recherche#2006_).

El diario francés Le Monde del 31 de marzo de 2005 indicaba que Pfizer, el número uno mundial de la industria farmacéutica tiene 38.000 visitantes médicos en tres continentes y que en 2004 había

gastado 16,9 mil millones de dólares en marketing, dos veces más que en investigación.

Un informe de setiembre de 2007 de la Inspección General de Asuntos Sanitarios (IGAS) de Francia, señala que los gastos de marketing de la industria farmacéutica en Francia representa el 12% de su volumen de negocios, más de tres cuartos en visitadores médicos (lo que representa 25000 euros por año y por médico visitado según el mismo Informe), y el resto en publicidad (13%) y en congresos (8,6%). Todo eso lo paga la Seguridad Social al rembolsar los medicamentos. Es decir el contribuyente.

El marketing de las empresas dirigido a los médicos (visitadores, muestras gratis, congresos más gastronómicos y turísticos que científicos) influye las decisiones de éstos cuando recetan medicamentos. Peor aún, médicos de gran reputación funcionan como comunicadores de empresas farmacéuticas, dando su « opinión autorizada » sobre las virtudes de un medicamento, ocultando que tienen intereses en el laboratorio que lo produce. Por esa razón una asociación de consumidores (Que Choisir) denunció en abril de este año ante los tribunales franceses a nueve médicos, por violación a la obligación de transparencia en la información médica.

El Dr. Van Duppen, en el reportaje ya citado, dice que un estudio de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de Estados Unidos, la institución pública que financia la investigación biomédica (en 2008 dispuso de un presupuesto de 29 mil millones de dólares) reveló que el 85% del costo del desarrollo de los cinco medicamentos más vendidos en los años 90 fué financiado por el Estado. Según el mismo estudio la industria contribuye con el 14% a la investigación fundamental, que es costosa e implica un riesgo financiero pues en muchas oportunidades no llega a resultados comercializables, con el 38% a la investigación aplicada y con el 48% al desarrollo final del producto.

El doctor Elías Zerhouni, director hasta octubre de 2008 del NIH confirma : « nosotros financiamos casi el 90% de la investigación en Estados Unidos en la esfera de la salud ». Sesenta por ciento en la investigación de base y 40% en la investigación aplicada. (Diario Les Echos, Francia, mayo 2008).

Dicho de otra manera, la innovación en la investigación biomédica la pagan los contribuyentes y los beneficios de la misma queda para las empresas, beneficios que vuelven a salir de los bolsillos de los contribuyentes que pagan (caros) los medicamentos.

Las empresas farmacéuticas defienden esta situación ultraprivilegiada con uñas y dientes, amparándose en las patentes o brevets.

El Acuerdo relativo a los aspectos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), es uno de los acuerdos fundadores de la Organización Mundial del Comercio. La orientación decididamente « liberalizadora » de la OMC cambia bruscamente en este Acuerdo, porque se trata de la propiedad monopólica u oligopólica, que detentan las sociedades transnacionales, de las tecnologías más avanzadas y de muchas marcas y patentes, que es fuente de enormes ganancias.

La duración de la protección conferida por una patente se ha fijado en 20 años (art. 33) y la de las marcas es indefinida (siete años renovables indefinidamente, (art. 18), lo que significa demorar excesivamente el momento en que los nuevos conocimientos pasan al dominio público, en beneficio exclusivo de los propietarios de las patentes. Y las grandes empresas farmacéuticas han encontrado la manera de prolongar la duración de las patentes de los medicamentos mediante una nueva presentación del mismo medicamento (nuevo uso) sin que haya innovación científica.

Y cuando países como África del Sur, Brasil, la India o Tailandia fabrican medicamentos a bajo precio, las grandes transnacionales los denuncian ante la Organización Mundial del Comercio, o ante los tribunales judiciales.

India perdió un litigio en la OMC frente a Estados Unidos y a la Unión Europea y la mayoría de las 39 transnacionales farmacéuticas que iniciaron un juicio ante los tribunales contra África del Sur desistieron a causa de la conmoción mundial que produjo la demanda.

Algunos grandes laboratorios han prometido rebajar los medicamentos contra el sida destinados a los países africanos, pero en ningún caso quieren aceptar la competencia de los mismos medicamentos producidos en países del Tercer Mundo, mucho más baratos. Incluso el laboratorio Pfizer ha preferido poner gratuitamente un medicamento, el fluconazole, a disposición de los enfermos en África del Sur, a aceptar la competencia del mismo producto de origen tailandés, quince veces más barato.

Después de arduas negociaciones en la Organización Mundial del Comercio, a fines del 2002 parecía haberse llegado a un acuerdo en el sentido de que los países pobres que no tienen capacidad para producir ellos mismos los medicamentos necesarios podrían recurrir a la importación de genéricos a bajo precio. Pero el 16 de diciembre de ese año Estados Unidos torpedeó el acuerdo proponiendo que el derecho de importar medicamentos genéricos se limitara a tres pandemias: el sida, la malaria y la tuberculosis y a otras 19 enfermedades transmisibles. La Unión Europea, a través de su entonces Comisario de Comercio Pascal Lamy, propuso una supuesta vía intermedia: que fuera la Organización Mundial de la Salud la que arbitrara en cada caso si una enfermedad constituye un problema de salud pública.

Germán Velázquez, responsable del programa de acceso a los medicamentos de la Organización Mundial de la Salud, rechazó la propuesta europea diciendo que ese no es el papel de la OMS, que las autoridades de cada país son las que deben decidir las prioridades en materia de salud pública.

El 30 de agosto de 2003 los medios de desinformación anunciaron que se había llegado a un acuerdo por consenso "histórico" en la OMC sobre los medicamentos genéricos y que de ahora en adelante los países pobres tendrían acceso a los mismos a bajo precio.

En realidad, el consenso consistió en que todos los demás países, detalle más o menos, se plegaron a las exigencias de los Estados Unidos, es decir a las exigencias de las transnacionales farmacéuticas.

En un comunicado conjunto, Médicos sin Fronteras e Intermón OXFAM resumieron bien los alcances del acuerdo, diciendo que el mismo sólo aporta algunos elementos positivos a los países pobres y preserva los intereses de la industria farmacéutica de los países ricos. Agregaron que "las normas sobre patentes seguirán elevando el precio de los medicamentos y que los miembros de la OMC no parecen darse cuenta de que las rígidas medidas que quieren imponer no van a servir para garantizar la producción de genéricos a largo plazo, más bien al contrario, los países en desarrollo tendrán pocas alternativas a los altos precios y a los monopolios de las compañías farmacéuticas". Criticaron también que el acceso a los genéricos se limite a situaciones de emergencia sanitaria.

El acuerdo sobre genéricos del 30 de agosto de 2003 empeora la letra del Acuerdo ADPIC que establece ciertas excepciones al régimen de patentes por razones de salud pública: la posibilidad de importar medicinas de los países donde se producen más baratas y las licencias obligatorias, que permiten a los países en condiciones de fabricar medicamentos baratos obligar a las empresas

farmacéuticas a ceder los derechos de patente y de esa manera producir sus propias medicinas genéricas.

De todos modos, las "concesiones" de las transnacionales farmacéuticas, en el acuerdo del 30 de agosto de 2003, que de hecho son ventajas adicionales, no le costarán prácticamente nada, pues pues, por un lado, siguen teniendo acceso al mercado de los países pobres, que representa muy poco para ellas y continúan teniendo el monopolio del mercado de los países ricos, que representa la casi totalidad del mercado de medicamentos, donde no pueden ingresar los medicamentos baratos producidos en países del Tercer Mundo. África representa el 1,3% de las ventas de las transnacionales farmacéuticas, o sea 3,5 mil millones de dólares, contra 100 mil millones de ventas en Europa y 169 mil millones en Estados Unidos, según datos oficiales de Estados Unidos citados en julio 2001 en Durban (XII Conferencia Internacional sobre el SIDA) por el Dr. Richard Laing, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Durban.

Las grandes empresas farmacéuticas se libran a una competencia sin cuartel entre ellas, a fin de llegar primero al mercado con un medicamento nuevo y así embolsar suculentos beneficios. Lo que constituye un obstáculo mayor a la colaboración e intercambio científico entre los investigadores.

Como dicen dos investigadoras : « La rentabilidad de la industria depende en gran medida de la competencia de sus investigadores y de la rapidez con que éstos llegan a resultados comercializables. La confidencialidad de los datos es la regla de oro en tanto y en cuanto los resultados no son comercializados y patentados. Las empresas no quieren dejar deslizar durante la investigación alguna información importante que podría aprovechar un competidor...De manera que no hay perder de vista la importancia de diseminar los resultados de la investigación, en interés de los investigadores y de la protección de la población ». (Lorsqu'en recherche génétique financement privé ne rime plus avec santé. Geneviève Cardinal et Bartha Maria Knoppers, profesoras investigadoras en la Universidad de Montreal. 15/12/02. <http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf>).

Este bloqueo de la colaboración e intercambio de información entre los investigadores puede retrasar descubrimientos importantes para la salud pública.

Por ejemplo en el caso del sida la elaboración de una vacuna quizás podría alcanzarse más rápidamente si existiera tal intercambio y colaboración.

Para tratar de establecer la colaboración y el intercambio científico bloqueado por la competencia entre las transnacionales farmacéuticas, se creó en 1993 la Fundación Mundial de Investigación del Sida, patrocinada por la UNESCO y dirigida por Luc Montagnier, quien recibió en 2008, junto con Françoise Barré-Sinoussi, el premio Nobel de Medicina por sus trabajos que llevaron al descubrimiento en 1983 del retrovirus del sida en el Instituto Pasteur de Paris.

La obtención de una vacuna preventiva antisida es muy difícil a causa de las características particulares del retrovirus (capaz de integrarse al ADN de la célula huésped y utilizando el mecanismo de la misma célula para reproducirse) por lo cual varios ensayos han fracasado, el último de ellos el de Merck, que fue suspendido en 2008.

Precisamente el profesor Montagnier propone, hace ya unos diez años, un camino distinto: obtener una vacuna terapéutica, es decir no preventiva, sino curativa. El procedimiento consistiría en aplicar a los enfermos el tratamiento actual (triterapia), muy costoso, sólo tres meses y después la vacuna terapéutica. Lo que evitaría, entre otras cosas, aplicar la triterapia durante toda la vida del enfermo.

La idea de Montagnier es reforzar el sistema inmunitario con un tratamiento corto con triterapia y en ese momento atacar con la vacuna proyectada el virus que queda. El problema es –dice Montagnier- que la fracción de virus que queda insensible a la triterapia está mal identificado : es una especie de depósito que le permite reproducirse de nuevo rápidamente, desde que se suspende la triterapia. Actualmente, sigue diciendo Montagnier, existe la esperanza de bloquear el retorno del virus mediante una inmunidad bien dirigida. Ya disponemos –dice- de un biomarcador que permite evaluar la importancia de ese depósito viral. Por otra parte –sigue diciendo- el proyecto de vacuna implica que se modifican las proteínas del virus para presentar al sistema inmunitario sus partes menos variables.

Para investigar por ese camino hace falta financiación, dice Montagnier, la que le fue rehusada hace algunos años por la Unión Europea, que consideró “antiético” suspender la triterapia para medir la eficacia del nuevo procedimiento.

Agrega el descubridor del virus del sida: “Hoy en día todo el mundo está de acuerdo en que la triterapia durante toda la vida es impracticable en los países más afectados, donde entre el 5 y el 10 por ciento de la población está infectada. Una inmunización terapéutica es la sola esperanza de erradicar la infección después de una triterapia de algunos meses”.

En una conferencia científica organizada en el Parlamento Europeo el 7 de abril de este año, el profesor Montagnier insistió con el pedido de financiación por parte de la Unión Europea (Entrevista a Luc Montagnier publicada en la revista francesa Le Point, el 20 de abril de 2009).

¿Detrás de la resistencia a financiar la propuesta de Montagnier está la voluntad de las transnacionales farmacéuticas de preservar el negocio de la triterapia?

De todo lo expuesto hasta aquí, se impone como conclusión que la finalidad de lucro de la industria farmacéutica afecta negativamente las políticas sanitarias y la investigación biomédica en la perspectiva del interés general.

III. La primacía de los derechos humanos fundamentales y del interés general sobre el interés particular.

El Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió en 2001 una declaración en la que se decía: « Mientras que los derechos de propiedad intelectual se pueden atribuir y son de alcance y duración limitados y susceptibles de transacción, enmienda e incluso renuncia, los derechos humanos son eternos y constituyen la expresión de una reivindicación fundamental de la persona humana. Mientras que los derechos humanos tiene por objeto garantizar un grado satisfactorio de bienestar humano y social, los regímenes de propiedad intelectual -aunque tradicionalmente brindan protección a los autores y creadores individuales - se centran cada vez más en proteger los intereses e inversiones comerciales y empresariales». Y también:

"(...)Contrariamente a los derechos humanos, los derechos de la propiedad intelectual son generalmente provisorios y pueden ser revocados, concedidos bajo licencia o atribuidos a otro. Si los derechos de la propiedad intelectual pueden cederse, tener una duración y un alcance limitados o ser negociados, modificados o perdidos, los derechos humanos son intemporales y constituyen la expresión de prerrogativas fundamentales que pertenecen a la persona... (párr. 6 de la Declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre "Los derechos humanos y la propiedad intelectual", E/C.12/2001/15, adoptada el 14 de diciembre de 2001).

En noviembre de 2005 el mismo Comité aprobó la Observación General N° 17 sobre los derechos de

autor, reiterando en la Introducción que el artículo 15, inciso 1 del Pacto protege los intereses morales y materiales del autor o autores, “los que no necesariamente coinciden con los intereses e inversiones de las corporaciones, protegidos como propiedad intelectual en las legislaciones nacionales y en los tratados internacionales”.

Por su parte, la ahora desaparecida Subcomisión de derechos humanos de la ONU, en su resolución 2000/7 del 17/08/2000 dijo, entre otras cosas:

"Afirma que la protección de los intereses morales y materiales que resultan de toda producción científica, literaria o artística de que una persona es autora es, de conformidad con el párrafo 2 del artículo 27 de la Declaración Universal de derechos Humanos y el inciso c) del párrafo 1 del artículo 15 del PIDESC, un derecho humano, en los límites del interés general;

Declara, sin embargo, que dada que la aplicación del Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual que se relacionan con el comercio (ADPIC), no tiene en cuenta como debería la naturaleza fundamental de la indivisibilidad de todos los derechos humanos, en particular el derecho de cada persona a disfrutar de las ventajas de los progresos científicos y de sus aplicaciones, del derecho a la salud, a la alimentación y del derecho a la autodeterminación, hay conflictos visibles entre el régimen relativo a los derechos de la propiedad intelectual contenido en el Acuerdo, por una parte, y el derecho internacional relativo a los derechos humanos, por la otra;

Recuerda a todos los gobiernos la primacía de las obligaciones relativas a los derechos humanos sobre las políticas y los acuerdos económicos;..."

Para poner en práctica estos principios en materia del derecho humano a la salud, lo que corresponde hacer es estatizar la industria farmacéutica, al menos en la investigación, obtención y producción de medicamentos destinados a las enfermedades susceptibles de provocar epidemias y pandemias, es decir cuando está en juego la salud pública.