

*Revista THEOMAI / THEOMAI Journal*

*Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo / Society, Nature and*

*Development Studies*

*número especial (verano de 2003)*

*special issue (summer of 2003)*

## **Regresando a la Edad Media.**

### **La salud pública mundial en manos de la caridad**

*Guillermo Foladori\**

\* 1 Research Scholar CSPO, USA. Profesor del Doctorado en Estudios del Desarrollo. UAZ. México. E-mail: [fofa@cantera.reduaz.mx](mailto:fofa@cantera.reduaz.mx)

La virada del milenio muestra una aparente paradoja. Por un lado, la profundización de un proceso de globalización que según los voceros de los organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Internacional del Comercio o la Organización Mundial de la Salud, constituye el camino cierto para que los países pobres salgan de su atraso histórico. Por otro lado, el resurgimiento y profundización de las enfermedades infecciosas, que colocan a muchos de los países pobres en situación catastrófica, ya que están viendo su población diezmada y reducida la esperanza de vida para niveles medievales. En los últimos cincuenta años la esperanza de vida en los países de menores ingresos ha aumentado, pasando de 44 a 64 años. Pero, debido a pandemias como

el SIDA, la tuberculosis, malaria, y otras enfermedades infecciosas, este logro se puede revertir en pocos años en muchos países, y retroceder a niveles inferiores. En el África sub-Sahariana se estima que la esperanza de vida caerá de 62 para 43 años (Geffen, 2001). En Mozambique la esperanza de vida para el 2010 estará en torno de los 36 años (GFRH, 2002). En las últimas décadas la humanidad ha visto el rápido avance de la integración económica y social, pero también de las enfermedades infecciosas.

18 millones de personas murieron de enfermedades comunicables en 2001, la mayoría en el Tercer Mundo y por no tener ingresos suficientes para pagar las medicinas o porque no existen medicinas para enfermedades de pobres (OMS). Esta contradicción entre necesidades e investigación científica se conoce como la “brecha 10/90” que significa que sólo el 10 por ciento de los fondos son dirigidos a investigar en enfermedades responsables por el 90% de la carga de enfermedad mundial. Un claro indicador de la existencia de enfermedades no atendidas por la industria farmacéutica son los resultados de la investigación y desarrollo de drogas. Según un reporte de Médicos sin Fronteras, entre 1972 y 1997, cerca de 1450 nuevas drogas fueron comercializadas. Pero, de ellas, sólo 13 eran para tratar enfermedades tropicales transmisibles y consideradas esenciales según el modelo de la Organización Mundial de la Salud. Dos de esas 13 eran versiones actualizadas de otras ya existentes, dos eran resultado de investigación militar, cinco fueron resultado de investigaciones veterinarias, una derivaba de la pharмосcopeia China. De manera que sólo tres pueden ser consideraras como genuinos productos de investigación y desarrollo de las compañías farmacéuticas occidentales (Trouiller et al., 1999).

Esa aparente paradoja ha cristalizado en una crisis del sistema de producción mercantil de medicamentos. Como resultado surge una política innovadora: las asociaciones público-

privado (Private-Public Partnerships —PPPs). Esta política es creciente en todo el mundo y se aplica a la construcción, la educación, la policía, y, también, a la salud.

Las PPPs en salud son organizaciones sin fines de lucro que reúnen a empresas farmacéuticas, instituciones filantrópicas, instituciones públicas nacionales e internacionales, como la OMS, o el Banco Mundial, ONGs, y miembros de la sociedad civil como académicos. Es un mecanismo de coordinación de investigación y desarrollo (I&D), así como de obtención de fondos. El objetivo es reducir la desigualdad en salud, fomentando la investigación en áreas poco lucrativas, y facilitando el acceso de vacunas y medicinas a pueblos sin el poder adquisitivo necesario. También tienen el propósito de administrar fondos públicos de los países, de la Organización Mundial de la Salud, la UNICEF, el Banco Mundial y otros. A primera vista un proyecto humanitario, basado en la confianza mutua.

El banco de datos de la Initiative on Public-Private Partnerships for Health tenía registrados, para principios del 2003, 82 PPPs que respondían a los más diversos criterios de formación, participación y toma de decisiones. La Internacional AIDS Vaccine Initiative (IAVI), fundada en 1996, es una PPP que pretende acelerar el desarrollo de vacunas contra el HIV/AIDS. Roll Back Malaria (RBM) comenzó en 1998, con el objetivo de reducir a la mitad el peso de la malaria en el mundo al llegar al 2010. La Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), fundada en 1999, tiene el propósito de facilitar la inmunización de los niños de los países pobres, así como estimular a la industria farmacéutica para el desarrollo de vacunas vitales para países pobres.

### **¿Por qué la necesidad de estos acuerdos?**

Desde Seattle 1999 ha habido un creciente movimiento anti-globalización, donde las corporaciones farmacéuticas transnacionales son un fácil blanco, debido al incremento de las enfermedades infecciosas en la última década y la inminente caída de la esperanza de vida en el África Sub-Sahariana a niveles medievales. La lucha contra el SIDA ha tenido importantes triunfos por parte de los países que comenzaron a producir genéricos competitivos con los productos de marca, como Brasil, Tailandia o la India. Y en algunos casos han ganado largas e impactantes batallas legales, como en África del Sur. La declaración de emergencia sanitaria de un país, y la posibilidad de emitir licencias compulsorias para producir remedios genéricos se puede expandir como pólvora, con lo que las compañías farmacéuticas perderían millones de dólares. Para contrarrestar tales iniciativas las donaciones resultan más baratas y de menor riesgo. Como señaló la representante de la industria farmacéutica de África del Sur después del fallo en su contra de la justicia, el problema es de precedente: “en tanto África del Sur puede representar menos del 1% de las ventas mundiales de drogas, el precedente de permitir que un país pase por arriba de los derechos de patente de las compañías productoras de drogas tendrá profundos efectos, más allá de las cuestiones de precios y crisis” (Block, 2001).

Hay, también, una extendida creencia en la ineficiencia de los organismos públicos, en la burocracia de la ONU o de sus instituciones como la OMS. Una PPPs sería más ágil en su implementación y resultados. También, para las propias organizaciones públicas internacionales las PPPs representan una forma de dividir los riesgos y de no enfrentarse a las corporaciones farmacéuticas.

## ¿Qué dudas levantan estas PPPs?

Existen varias dudas y preocupaciones sobre la efectividad de las PPPs para cumplir con sus objetivos (Richter, 2003; Horton, 2002; Yamey, 2002; Hardon, 2001). Sin embargo, la principal cuestión que está por detrás de todas esas preocupaciones es si las instituciones de salud pública mundial y las corporaciones farmacéuticas tienen intereses semejantes, que les permitan trabajar juntas. La historia del comportamiento empresarial de las corporaciones farmacéuticas muestra muchos ejemplos de la presión sobre las instituciones públicas para lograr sus propios intereses, o de actividades contrarias a los intereses públicos. El siguiente [cuadro](#) es indicativo de lo anterior.

1. Las PPPs son presentadas como propuestas win-win. Todos ganan: los enfermos, los organismos internacionales, las empresas farmacéuticas. Pero, esta visión algo romántica esconde las importantes diferencias de intereses entre los actores en juego. El interés de las empresas es siempre la ganancia. Y la ganancia se logra produciendo medicinas para personas enfermas. Es mejor un pueblo enfermo que tenga poder adquisitivo, a uno sano. Es mucho más rentable producir medicinas para tratamientos de larga duración que vacunas que se aplican pocas veces en la vida de las personas. Es por eso que el mercado de las vacunas no representa más que el 2 % de las ventas de las compañías farmacéuticas. La declaración de un alto dirigente de una empresa farmacéutica respecto del SIDA es elocuente de estos intereses: “la gran cosa sobre las drogas para el SIDA es el hecho de que tienes que tomarlas permanentemente” (Gellman, 2000). Por el contrario, el interés de la salud pública es que la gente esté sana y no enferma. Cuantas menos medicinas tenga que

tomar la población y menos atención médica, mejor. Es evidente que estamos hablando de dos agentes con intereses diametralmente opuestos.

2. Las PPPs son acuerdos donde sus participantes tienen enormes diferencias de poder. Basta considerar que mientras la OMS tiene un presupuesto de aproximadamente 1.7 mil millones de dólares anuales, la Fundación Bill and Melinda Gates llevan donados en tres años más de mil millones para PPPs que atienden enfermedades infecciosas. Así las organizaciones públicas se ven presionadas. Si no participan pueden quedar “fuera de la jugada” en emprendimientos más impactantes que su propia organización. Es claro que estas PPPs no tienen la misma responsabilidad que un gobierno, ni pueden ser cuestionadas de la misma forma. Muchas de las decisiones son internas y no hay posibilidad de un seguimiento. No hay transparencia. ¿Quién monitoreará y establecerá mecanismos de auditoría para evaluar la relación entre el emprendimiento y sus resultados? Los beneficiarios raramente participan en la Junta Directiva de las PPPs, tampoco discuten la agenda, ni tienen posibilidad de dar un seguimiento a las finanzas (Walt, 2000; Hayes, 2000).

3. La publicidad y el reconocimiento social juega un papel fundamental en las PPPs, tanto para la levantar la imagen pública de las corporaciones farmacéuticas, como para los donantes tener un arma de lobby frente a otros intereses, como también para las instituciones públicas que se legitiman frente a sus pueblos. Por razones de impacto, las PPPs prefieren los países más pobres, y las enfermedades donde sea posible una mejoría inmediata y reconocible. Pero, existen importantes indicios de que en situaciones de extrema pobreza y malnutrición una enfermedad suplanta otra (Evans et al, 1994). Esto es particularmente significativo en el caso de enfermedades transmisibles por vectores, como

la malaria, la fiebre amarilla, el dengue, etc. Es posible que otras enfermedades tomen el lugar de la erradicada, con consecuencias de salud, económicas y demográficas semejantes.

4. Las corporaciones sólo se interesan por PPPs que trabajen en seleccionados países, mientras se garanticen los altos precios de los medicamentos en los países desarrollados y en otros en desarrollo con amplios mercados como Brasil, México o la India. Con ello, disminuyen los precios de sus productos en algunos países africanos, colaboran junto a las donaciones y los esfuerzos de los organismos internacionales, y usan dichos países como ejemplos de propaganda. Mientras tanto, millones de enfermos en otros países e inclusive los pobres de los países desarrollados que no tienen acceso a los medicamentos baratos quedan por el camino. Además, muchas drogas no rinden ninguna ganancia en los países pobres, de manera que las compañías farmacéuticas no pierden nada vendiendo barato o transfiriendo la licencia para producir para esos países. De hecho, puede resultar en una ventaja. A comienzos de 2003 Pharmacia licenció la droga rescriptor a una asociación sin fines de lucro, para que varias compañías puedan comenzar a producir remedios genéricos semejantes, pero retribuyendo a la empresa con un 5% de royalties. (Hensley, 2003).

5. Las PPPs están interesadas en el tratamiento, no en la prevención (Schulz-Asche, 2000). No es casual que  $\frac{1}{4}$  tenga como objetivo el combate al SIDA. Aunque se trata de la pandemia más terrible de nuestros días, tiene la gran ventaja, para las compañías farmacéuticas, que muchos de sus medicamentos aún gozan de patente, los enfermos deben tomarlos de por vida y la epidemia también existe en los países ricos. Tímidamente las corporaciones farmacéuticas participan de PPPs sobre nuevas vacunas. Pero las corporaciones no están dispuestas a subsidiar las viejas enfermedades infecciosas. En 1990 la UNICEF declaraba que 80% de los niños del mundo estaban inmunizados contra las seis

principales enfermedades (difteria, tétano, tos ferina, polio, tuberculosis y sarampión). Una década después la cobertura cayó al 75%, y en 19 países del África esa caída llegó a menos del 50%. El resultado fueron millones de muertes a más por año para enfermedades para las cuales había vacunas existentes (Hardon, 2001). El caso de GAVI es un buen ejemplo. Su reporte de 2002 muestra el grueso de sus gastos (63%) destinado al desarrollo de nuevas vacunas, desmereciendo la cobertura de servicios de salud y la distribución de viejas vacunas.

6. Las PPPs significan una dilución de las políticas de salud en varias estrategias que pueden implicar sobre posición de esfuerzos, o abandono de antiguas políticas de salud, o políticas contradictorias. Así, mientras la Boehringer Ingelheim dona nevirapine para reducir los riesgos de la transmisión madre-hijo del SIDA, otra empresa, la Nestlé presiona para que las normas de la OMS bajen el periodo de lactancia materna, con el argumento de que transmiten el SIDA, y para vender más de su leche en polvo. Pero, como se comentó en un seminario, “mientras 1.7 millones de bebés pueden haber contraído el SIDA a través de la leche materna en los últimos veinte años, casi con certeza 30 millones hubiesen muerto por el reemplazo del amamantamiento por alimentación artificial durante el mismo tiempo” (Rundall, 2000).

7. Otra característica de la participación de las corporaciones farmacéuticas en las PPPs es su política de la doble cara. Por un lado, hacen acuerdos que aparecen en los periódicos como ejemplos de su interés humanitario. Por otro, continúan presionando a los gobiernos para que impongan sanciones a los países que emiten licencias compulsorias o producen medicamentos similares a los de patente para combatir sus epidemias. Un reporte de Oxfam (2002) ilustra y cuantifica este tipo de acciones por parte de las compañías farmacéuticas



sobre el representante de comercio de los Estados Unidos para que incluya sus demandas en los acuerdos de la Organización Internacional del Comercio, o establezca sanciones bilaterales con los países acusados. Una carta del 25 de noviembre del 2002, firmada por 20 compañías farmacéuticas y enviada al representante comercial de los Estados Unidos es indicativo de este tipo de amenazas: “estándares en abierto o poco claros para la protección de las patentes minará seriamente nuestros intereses y volverá a plantear los objetivos públicos de largo plazo que Doha fue implementada para alcanzar. Le urgimos que negocie una solución que se limite específicamente a las enfermedades que fueron el foco de la Declaración de Doha, es decir, HIV-AIDS, TB y malaria, y otras epidemias de similar escala. Además, debe quedar claro que sólo países realmente pobres del África Sub-Sahara deben ser los receptores de los cambios en las reglas” (Loff, 2002).

8. Las PPPs son creadas para reducir el riesgo financiero en la I&D de medicinas para enfermedades poco investigadas. Pero, las mismas PPPs argumentan que sus recursos financieros no son suficientes y que otros mecanismos de mercado serán necesarios para que las vacunas o las medicinas alcancen a los necesitados. RBM es un ejemplo de la parsimonia de los donadores y las dificultades para alcanzar los objetivos (Yamey, 2001). Las PPPs no presentan ningún signo de sustentabilidad. En todos los casos las donaciones tienen plazos estipulados: 2, 3, 5 años. Esto levanta la duda de quién las financiará una vez que el donante se retire. Pero, también, la pregunta de si las instituciones públicas podrán hacerse cargo de la administración de la salud después que todo el proceso administrativo se acostumbró a un camino administrativo diferente.

9. También existe el problema de la trayectoria tecnológica. Las grandes farmacéuticas solo se interesan en el desarrollo de nuevas drogas y eventualmente de nuevas vacunas. Pero,

tanto las drogas como las vacunas son altamente controvertibles. La resistencia a los antibióticos es en gran medida un resultado del excesivo uso de ellas, y las nuevas drogas de efecto más profundo y espectro de acción más amplio solo puede empeorar la situación. Se estima que el 75% del uso de los antibióticos tiene un valor terapéutico cuestionable (Wise, et al, 1998) y, dependiendo de las estimaciones, hasta un 50 % de las prescripciones de antibióticos en las comunidades son innecesarias (Viksveen, 2003). Por su parte, las corporaciones farmacéuticas reaccionan produciendo antibióticos mas fuertes y de espectro mas amplio —cephalosporins y fluoroquinolones—, con lo cual crean super-microbios cada vez mas fuertes (Wise, et al, 1998).

En 1992, 13 300 pacientes de hospitales murieron en los Estados Unidos por bacterias resistentes a las multidrogas (whyfiles). Hay cepas de microbios perjudiciales a la salud humana resistentes a prácticamente todos los antibióticos existentes.

Tampoco las vacunas están libres de controversias (Scheibner, 1993). Existen muchas dudas e incertidumbres, especialmente con las vacunas administradas a los niños. Muchas de las vacunas son cultivadas en tejidos de pollo, monos u otros animales. La capacidad de transferencia genética de los virus es grande y rápida, de manera que la vacuna puede estar introduciendo material genético de otras especies en los niños, entrando en conflicto con el sistema inmunológico y provocando cambios genéticos imprevisibles. Como la vacunación masiva es relativamente reciente, es posible que efectos generalizados no puedan ser apreciados hasta las siguientes generaciones. Excepto por la polio y la viruela, las enfermedades infecciosas en los Estados Unidos —y la mayoría de los países desarrollados— habían disminuido más del 90% antes de la vacunación masiva, y debido a mejoras en las condiciones sanitarias, de alimentación y de habitación (Dublin, 1948). El

sistema de reporte de efectos adversos de las vacunas de los Estados Unidos —VAERS— registró 128 717 denuncias de reacciones adversas provocadas por vacunas en el decenio de 1991 a 2001. Actualmente uno de los casos de mayor disputa es el de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola). Desde fines de los setenta en que se introdujo en los Estados Unidos y posteriormente en Gran Bretaña esta vacuna ha estado asociada a problemas de autismo en los niños. Y, desde 1998 en adelante una serie de artículos fueron publicados a favor y en contra de la vacuna, profesionales fueron presionados para abandonar sus cargos y diversos pleitos jurídicos instituidos (Ho, s/f).

Algunos pueden pensar que no existe otro camino que las PPPs para atacar los principales problemas de salud mundial. Esto no es cierto. Cuando las movilizaciones populares han presionado a los gobiernos para que se considere una orientación menos mercantil para combatir los principales retos en salud, el resultado ha sido más rápido, como en la producción de genéricos para el SIDA en Brasil, India, Tailandia o China. Brasil es un ejemplo elocuente. El primer caso de SIDA fue identificado en 1980. Para la segunda mitad de la década varias ONGs comenzaron a luchar por los derechos de los enfermos. Estos movimientos se articularon con otro movimiento en curso por una reforma sanitaria (Galvao, 2002). Antes de 1996, las invenciones y desarrollo de medicamentos no podían ser patentados en Brasil. En 1996, bajo presión de los Estados Unidos, y como resultado del surgimiento de la Organización Internacional del Comercio, el gobierno brasileño aprueba una ley de patentes para los productos farmacéuticos. En 2001 bajo presión de la sociedad civil y las organizaciones de enfermos quiebra el acuerdo internacional de patentes y libera la producción de medicamentos genéricos competitivos con los de marca importados para atender los enfermos de SIDA (Donnelly, 2001; Harrington, 2000). Brasil venía

produciendo copias de drogas no patentadas desde 1998, y para 2001 consiguió producir la totalidad del componente del cóctel necesario para el tratamiento del SIDA. El resultado ha sido múltiple. Por un lado, el desarrollo de una capacidad nacional para producir algunas de las drogas que antes eran importadas, con la disminución de la dependencia tecnológica. Por otro, un fuerte descenso de los precios, tanto porque los genéricos son mas baratos (hasta 5 o 6 veces menos) que los importados, como porque transnacionales como la Merck acordaron, como resultado, bajar el precio de sus medicamentos en 65% y 59% (indinavir y efavirenz respectivamente). De 1996 a 2001 el tratamiento del SIDA disminuyó 73% en su costo, con tendencias decrecientes, según el Ministerio de Salud (Vakhovskiy, 2001). También porque la producción nacional significó una reducción del presupuesto necesario y economía de divisas. Luego, porque esa disminución de los precios permite ampliar la atención a más pacientes. Por último, porque Brasil puede comenzar a vender sus propios medicamentos a terceros países que no tengan leyes de patentes para el caso o emitan licencias compulsorias. En Brasil se dio todo lo contrario de lo que argumentan los defensores del libre mercado y de los derechos de propiedad intelectual: en lugar del régimen de patentes atraer capitales, desarrollar la industria nacional, abaratar los productos y atender mejor a la población, todo eso fue resultado de la quiebra de los acuerdos internacionales de patente (Bermudez et al, 2002). Este éxito debe contrastarse con el largo sufrimiento de África del Sur que buscó el camino de la negociación con las transnacionales farmacéuticas (Treatment Action Campaign).

Por supuesto que no es lo mismo replicar un medicamento que desarrollar uno nuevo. Pero, tampoco en esto las PPPs son la única alternativa. Las instituciones públicas tienen una larga experiencia en I&D en medicinas y vacunas, y muchos países del Tercer Mundo,

como Brasil, China o India tienen extensa investigación en salud que puede ser direccionada a la satisfacción de las necesidades sociales. La colaboración entre los países menos desarrollados es una alternativa fructífera. Pero, ningún cambio fundamental será alcanzado sin una rápida reducción de las desigualdades mundiales. El aumento del nivel de vida de la población es una política de salud.

En la provincia de Henan, en China la malaria fue reducida en un 99% entre 1965 y 1990 como resultado de políticas de movilización social, apoyadas por fumigación, y redes mosquitero. En 1972 científicos chinos lograron aislar artemisinina, un producto derivado del árbol Thanh Hao tradicionalmente utilizado. Actualmente el producto es de amplio uso (OMS, 2000).

Viet Nam redujo las muertes por malaria en 97% entre 1992 y 1997, mediante una combinación de organización popular, redes mosquitero, insecticida y la fabricación de un medicamento también en base a artemisinina (OMS, s/f). Durante los primeros años de este siglo la OMS ha realizado en colaboración con la PPP Roll Back Malaria diversos estudios que avalan la utilización del artemisinina como medicamento de combate a la malaria; y fue colocado en la lista de medicinas esenciales en 2002 (Times of India, 2003).

En la India, frente al grave problema de la tuberculosis resistente a las multidrogas, y ante la evidencia práctica de que la homeopatía resultaba una terapia efectiva, el gobierno organizó un equipo de alto nivel en 1996 para evaluar la eficiencia de la homeopatía y eventualmente considerarla como terapia en las políticas públicas de salud. A partir de 1998 tratamientos controlados comenzaron a ser realizados en el Hospital Nerhu Nagar de New Delhi (OMS, 2003).

En Gran Bretaña, en 2002, el Royal Homeopathic Hospital se convirtió en miembro del University College London Hospital, marcando un cambio decisivo en la actitud del establishment médico en relación a la homeopatía (Burcher, s/f). Y, durante el brote epidémico de aftosa entre los bi-ungulados el secretario de la Asociación Británica de Medicina Veterinaria llamaba a la verificación con pruebas de la eficiencia del Borax en el tratamiento de la enfermedad, pero sin eco en las autoridades sanitarias del país (MAFF, 2001).<sup>2</sup> Un ex director del London International College of Homeopathy reveló, en 2001, haber descubierto un medicamento que cura el AIDS. El medicamento está siendo empleado en Etiopía al costo de 1 dólar (Chappell, 2002). Las autoridades de la salud pública mundial deberían dar inmediato seguimiento y verificar con pruebas su eficiencia.

Durante una de las epidemias más duras de dengue en Cuba, a principios de los años ochenta, la organización de la población fue el mecanismo más eficiente para su control, resultando ser una de las pocas historias exitosas en el control del Ae. Aegypti (Gubler; Clark, 1996).

## **Conclusiones**

El resurgimiento de las enfermedades infecciosas a partir de las últimas dos décadas del siglo XX solo muestra la manifestación de un modo de vida que está creando graves problemas en especial para las poblaciones más pobres. La concentración de la población en zonas urbanas crea situación propicia para el desarrollo de enfermedades infecciosas nuevas y el resurgimiento de las viejas. El transporte aéreo de pasajeros y mercancías acelera la expansión de estas enfermedades. La concentración de la riqueza y el aumento de

la pobreza crean condiciones propicias para nuevas olas de infecciones. Pero, frente a este cuadro, ¿que alternativa adopta el sistema de salud publica mundial y de muchos países? La formación de asociaciones público-privado con las grandes empresas farmacéuticas transnacionales. Este es un camino claramente equivocado. Las empresas farmacéuticas tienen intereses diferentes a los de la salud pública. Además, la trayectoria tecnológica puede llevar a una catástrofe sin precedentes en pocas décadas. Por el contrario, las únicas experiencias exitosas de control de enfermedades infecciosas han sido el aumento del nivel de vida y bienestar de la población y las campañas donde la población fue organizada y concientizada. Desde el punto de vista tecnológico existe abundante información y ejemplos de la posibilidad de mejorar radicalmente la salud de las personas sin necesidad de mas antibióticos y mas vacunas, sino desarrollando el conocimiento histórico de los pueblos e investigando en medicinas alternativas. Pero este camino es claramente censurado por los intereses comerciales de las transnacionales farmacéuticas.

## Referencias

- BERMUDEZ, J.; EPSZTEJN, R.; OLIVEIRA, M.A.; HASENCLEVER, L.: *“Access to drugs, the WTO TRIPS agreement, and patent protection in Brazil: trends, perspectives, and recommendations to help find our way”*. **MSF/DND Working Group**. 2002.
- BLOCK, R.: *“AIDS Activists win skirmish in South Africa. Judge Widens scope of case to detriment of drug companies”*. **The Wall Street Journal**, 03/07/2001.
- BRAITHWAITE, J.: **Corporate crime in the pharmaceutical industry**. Routledge. New York. 1984

BURCHER, S.: “Homeopathy Enters the Mainstream” **Isis miniseries**. <http://www.isis.org.uk/water2.php> s/f . [10/07/2003]

BUSE, K; WALT, G.: “The World Health Organization and public-private health partnerships: in search of good global health governance”. En Reich M, ed. **Public-private partnerships for health**. Boston, MA. Harvard University Press. 2002

CAFMR (Campaign Against Fraudulent Medical Research): **The pharmaceutical drug racket**. <http://www.pnc.com.au/~cafmr/online/research/drug.html> 1995 [06/19/2003]

CHAPPELL, P.: “A new way to help people with HIV”. **Press release HIV/AIDS**. 2002 [06/19/2003] <http://www.peterchappell.net/04pressrelease/>

DONNELLY, J.: “Brazil to break AIDS drug patent”. **Boston Globe** 23/08/2001. [05/12/2002]. [http://www.globaltreatmentaccess.org/content/press\\_releases/a01/082301\\_B\\_G\\_BRA\\_CL.html](http://www.globaltreatmentaccess.org/content/press_releases/a01/082301_B_G_BRA_CL.html)

DUBLIN, L.: **Health Progress 1936-1945**. New York Metropolitan Life Insurance Co. 1948

EVANS, R; BARER, M; MARMOR, T. (eds): **Why are some people healthy and others not? The determinants of Health of Populations**. Aldine de Gruyter. New York. 1994.

FEDERAL TRADE COMMISSION on “*Competition in the Pharmaceutical Marketplace: Antitrust Implications of Patent Settlements*”. **Report presented before the Committee on the Judiciary United States Senate**. Washington DC. May 24. <http://www.ftc.gov/os/2001/05/pharmtstmy.htm> 2001 [02/12/2002].

FERRIMAN, A.: “Who accused of stifling debate about infant feeding”. **British Medical Journal**, 2000, 320:1362

GALVAO, J.: “Brasil e o acesso aos medicamentos para AIDS: a saude publica como uma questao de direitos humanos”. <http://>



[www.social.org.br/Relatorios/artigos%202002/jane.htm](http://www.social.org.br/Relatorios/artigos%202002/jane.htm) 2001 [20/04/2003]

GEFFEN, N.: "*Pharmaceutical Patents, Human Rights and the HIV/AIDS Epidemic*". **TAC discussion document**. <http://www.tac.org.za> 2001 [19/12/2002]

GELLMAN, B.: "*A turning point that left millions behind; drug discounts benefit few while protecting pharmaceutical companies*" profits series: death match, aids, drugs and Africa  
2/3. **The Washington Post**, 28/12/2000

GLOBAL FORUM FOR RESEARCH HEALTH (GFRH): *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. **Global Forum for Health Research**. <http://www.globalforumhealth.org> 2002 [04/12/2002].

GUBLER, D; CLARK, G.: "*Community involvement in the control of Aedes aegypti*". **Acta Tropica**, 1996. 61:169-179.

HARDON, A.: "*Immunisation for all? A critical look at the first GAVI partners meeting*". **HAI-Lights. Hai Europe**. 2001. Vol. 6, No. 1. [http://www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/mar01\\_lead.html](http://www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/mar01_lead.html) [30/12/2002]

HARRINGTON, M.: "*Brazil: What Went Right? The Global Challenge of Access to Treatment & the Issue of Compulsory Licensing*". **10th National Meeting of People Living with HIV and AIDS**. Rio de Janeiro, Brazil. 03/11/2000. <http://www.aidsinfonyc.org/tag/activism/brazil.html> [10/12/2002].

HAYES, L.: "*Introduction*". "*Public-Private Partnerships*". **Report on the HAI Europe/BUKO Pharma-Kampagne Seminar**. 03/11/2000. <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.html> [12/02/2003].

HENSLEY, S.: "*Pharmacia nears generics deal on AIDS drug for poor nations*". **The Wall Street Journal**, 24/01/2003

HO, Mae-Wan: **Another independent scientist falls victim over finding against MMR**

**vaccine.** Institute of Science in Society. <http://www.i-sis.org.uk/MMRautism.php> s/f [06/19/2003]

HORTON, R. “*WHO: the casualties and compromises of renewal*”. **The Lancet**. 2002. Vol. 359. May 4, pp. 1605-1611.

LOFF, B.: “*No agreement reached in talks on access to cheap drugs*”. **The Lancet**. 2002. Vol. 361.

MAFF: **Farming News** 12/04/2001. <http://www.mindfully.org/Health/FMD-Homoepathy.htm>

MONTANER, J.; O'SHAUGHNESSY, M.; SCHECHTER, M.: “*Industry-sponsored clinical research: a double-edged sword*”. **The Lancet**, 2001. Volume 358, Issue 9296, pp. 1893-1895.

OMS (Organizacion Mundial de la Salud): “*Viet Nam reduces malaria death toll by 97% within five years*”. **Health a key to Prosperity.** s/f. <http://www.who.int/info/new/mala1.htm> [10/07/2003]

OMS (Organizacion Mundial de la Salud): **MDR-TB Research Project Detail Evaluation of homeopathic drugs in MDR-TB.** 2003. [http://www.who.int/tb\\_search/detail/en/?project\\_id=21](http://www.who.int/tb_search/detail/en/?project_id=21) [10/07/2003]

OMS (Organizacion Mundial de la Salud): <http://www.who.int-tdr-publications-publications-sebrep1.htm> 2002 [10/07/2003]

OXFAM: “*US bullying on drug patents: one year after Doha*”. **Oxfam Briefing Paper 33.** Washington D.C. 2002.

PRESS, E. & WASHBURN, J.: “*The kept University*”. **Atlantic Monthly**, 2000, 285.

RICHTER, J.: “*'We the Peoples' or 'We the Corporations'? Critical reflections on UN-business 'partnerships'*”. **IBFAN/GIFA.** 2003 <http://www.ibfan.org>

[www.gifa.org](http://www.gifa.org) [23/02/2003].

RUNDALL, P.: *“The Perils of Public-Private Partnerships: How do partnerships impact grassroots campaigns? “Public-Private Partnerships”*. **Report on the HAI Europe/BUKO Pharma-Kampagne Seminar.**

03/11/2000. <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.htm> [10/02/2003].

SCHEIBNER, V.: **Vaccination: 100 years of orthodox research shows that vaccines represent a medical assault on the immune system.** Scheibner, Sydney. 1993.

SCHULZ-ASCHE, K.: *“A case for Partnership? The German Government/Boehringer Ingelheim initiative on HIV/AIDS”*. *“Public-Private Partnerships”*. **Report on the HAI Europe/BUKO Pharma-Kampagne Seminar.**

03/11/2000. <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.html> [10/02/2003].

SHRETTA, R; BRUGHA, R; ROBB, A; AND SNOW, R.W.: *“Sustainability, affordability and equity of corporate drug donations: the case of Malarone”*. **Lancet**, 2000, 355, pp. 1718-1720

THE TIMES OF INDIA: *“WHO backs new anti-malaria drug”*. 20/06/2003. [10/07/2003] [http://timesofindia.indiatimes.com/cms.dll/html/uncomp/articleshow?art\\_id=8312721](http://timesofindia.indiatimes.com/cms.dll/html/uncomp/articleshow?art_id=8312721)

TREATMENT ACTION CAMPAIGN (TAC): <http://www.tac.org.za>

TROUILLER, P., BATTISTELLA, C., PINEL, J., PECOUL: *“Is orphan drug status beneficial to tropical disease control? Comparison of the American and future European orphan drug acts”*. **Tropical Medicine and International Health**. 1999, Vol. 4. No 6. June. P.412-420.

VAERS: <http://www.vaers.org>

VAKHOVSKIY, A.: *“Winning the war on AIDS, Brazil Style”*. 10/08/2001. Dartmouth

Free Press. <http://www.uwire.com/content/topops081001001.html> [18/12/2002]

VIKSVEEN, P. : “Antibiotics and the development of resistant microorganisms. Can homeopathy be an alternative?” **Homeopathy**. 2003, No. 92, pp. 99-107.

WALT, G.: “Using private money for public health: the growing trend towards partnership”. “Public-Private Partnerships”. **Report on the HAI Europe/BUKO**

**Pharma-Kampagne Seminar.** 03/11/2000.

[10/02/2003] <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.html> .

WHYFILES: <http://whyfiles.org/038badbugs/scope.html>

WISE, R.; HART, T.; CARS, O.; STREULENS, M.: “Antimicrobial resistance: Is a major threat to public health”. **British Medical Journal**. 1998, Vol. 317, pp. 609-610.

WOODMAN, R.: “Open letter disputes WHO hypertension guidelines. **British Medical Journal**, 1999, 318:893

YAMEY, G.: “WHO in 2002. Faltering steps towards partnerships”. **British Medical Journal**. 2002, Vol. 325, pp. 1236-1240

YAMEY, G.: “Global campaign to eradicate malaria”. **British Medical Journal**. 2001, Vol. 322, pp. 1191-1192.

## Notas

1. Una fuerte reticencia a realizar pruebas para una medicina que ya aparece en los libros de medicina veterinaria argentinos de principios del siglo XX como efectivos contra dicha enfermedad.

