

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

Nº. 2
ABRIL 2021

<https://accesojustomedicamento.org/>

Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Plaza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid

EDITORIAL

Bienvenida sea la revista AJM. Juan José Rodríguez Sendín.

3

ORIGINALES

La exención de patentes: una solución de emergencia para ampliar la producción de vacunas de la COVID-19. Vanesa López.

6

Adquisición de vacunas en el contexto COVID: los acuerdos de compra anticipada en la Unión Europea. David Larios.

9

El mundo tras la pandemia por COVID-19: la salud puede cambiar la influencia de los actores mundiales. Soledad Cabezón Ruiz.

13

El caso de la hepatitis crónica por virus C. José Luis Rodríguez Agulló.

16

OTRAS FUENTES

Fernando Lamata Cotanda.

25

Beatriz Asuar Gallego.

28

Jessica Davis Plüss, Akiko Uehara,
Pauline Turuban.

31

Entrevista a Joan Benach

34

INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

40

PÍLDORAS AMARGAS

42

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO, revista editada por la Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM). *Publicación digital mensual*. Plaza de las Cortes 11. 4º. 28014 Madrid.

Comisión Editorial: Fernando Lamata Cotanda, (presidente), Eva Aguilera, María Julia Bertomeu, Manuel Cabrero, Soledad Cabezón Ruiz, Alicia Delgado Gómez, Carmen Esbrí, Ramón Gálvez Zaloña, Eva Iraizoz, David Larios Risco, Vanesa López, Juan Manuel Martínez Melero, Pablo Martínez Segura, Jesús-Martino Sánchez Martínez, Abel Novoa Jurado, Francisco Puigventos, Pedro Rey, Juan José Rodríguez Sendín, Roberto Sabrido Bermúdez, Javier Sánchez Caro y Jaume Vidal.

Comisión de Redacción: Ramón Gálvez Zaloña (coordinador), Elena Arias Menéndez, Soledad Cabezón Ruiz, Gerardo Colás Madrid, Alicia Delgado Gómez, José Manuel Estrada Lorenzo, Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Pablo Martínez Segura, Jesús-Martino Sánchez Martínez y Serapio Severiano Peña.

ISSN: 2697 - 1712

Normas para autores: ([PINCHE AQUÍ](#)).

Correspondencia: comisionredaccionaajm@gmail.com

Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de exclusiva competencia y responsabilidad de sus autores. El punto de vista de la AAJM queda reflejado en el editorial.

Textos originales: [Licencia Creative Commons Atribución-No-Comercial—SinDerivadas 3.0 Unported](#).

Suscripciones. ([PINCHE AQUÍ](#)). Al enviar sus datos personales se está dando de alta como suscriptor de la Revista ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO. La finalidad de los datos que le solicitamos es enviarle nuestra publicación por correo electrónico. Al enviarnos su solicitud da su consentimiento expreso para utilizar sus datos con esta finalidad. En todos los envíos de la publicación de nuevos números se dará la opción de darse de baja y que estos datos sean eliminados de nuestra base. Bajo ningún concepto estos datos serán compartidos con terceros. En todo momento, podrá ejercer sus derechos de rectificación, acceso, limitación o supresión mediante el Buzón acesojustomedicamentos@gmail.com. Los datos de carácter personal que nos aporte mediante este formulario serán protegidos por AAJM, con domicilio en Plaza de las Cortes, 11 4º, 28014 Madrid, como responsable de su manejo.

Nº 2. ABRIL 2021. [Histórico de revistas](#).

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

ISSN 2697-1712



EDITORIAL: Bienvenida a la revista AJM. Juan José Rodríguez Sendín.	3
ORIGINALES La exención de patentes: una solución de emergencia para ampliar la producción de vacunas de la COVID-19. Vanesa López.	6
Adquisición de vacunas en el contexto COVID: los acuerdos de compra anticipada en la Unión Europea. David Larios.	9
El mundo tras la pandemia por COVID-19: la salud puede cambiar la influencia de los actores mundiales. Soledad Cabezón Ruiz.	13
El caso de la hepatitis crónica por virus C. José Luis Rodríguez Aguilera.	16
OTRAS FUENTES Fernando Lamata Cotanda.	25
Bosch Assor Gallego.	28
Jessica Davis Piles, Aikio Uehara, Pauline Turban.	31
Entrevista a Joan Benach.	34
INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS	40
PÍLDORAS AMARGAS	42

EDITORIAL

Bienvenida sea la revista AJM**Juan José Rodríguez Sendín.**

Presidente de la AAJM. Médico de Familia. Master en Administración de Servicios Sanitarios. Presidente de la OMC 2009 - 2017. Presidente de la Comisión Deontológica del ICM Toledo y vocal de la Comisión Nacional de la OMC. Vicepresidente de la Confederación Latino-Iberoamericana de Entidades Médicas (CONFEMEL).

El principal objetivo y preocupación de la AAJM tiene un gran componente moral, reivindicamos que todos los ciudadanos, tras la injusta distribución de la riqueza y unos sistemas públicos de salud cada vez más debilitados e intervenidos por los intereses mercantiles, tengan acceso justo a los medicamentos necesarios para preservar su salud

La aparición de la revista AJM es un motivo de gran satisfacción y alegría para todos los que creemos posible mejorar el acceso universal y justo al medicamento. El espacio estaba vacío, parece que estaba esperando a nuestra joven Asociación. Es de alegría en tanto que supone un rito de paso en aquel proyecto que ya hace 5 años iniciamos, creyendo que un mundo mejor es posible o al menos evitar su deterioro. Vivimos tiempos vertiginosos. La crisis económica y las políticas presupuestarias de estabilidad propiciaron desde el 2009 medidas de reducción en los programas sociales de España, que no se han desarrollado paralelamente con políticas de ajuste eficaz sobre el gasto en medicamentos, especialmente sobre los precios de las moléculas más novedosas. Por si fuera poco, aparece la COVID19 y complica muchísimo más la situación y con ella las amenazas y las situaciones abusivas que utilizan y especulan con la necesidad urgente de responder contra la Pandemia y proteger a todos con vacunas y medicamentos de forma justa. Lo que predomina es la lógica de los mercados y la incapacidad de los gobiernos para controlarlos

eficazmente, permitiendo precios y ganancias abusivas de la IF.

Apenas 300 personas tienen más renta que el 40% de la humanidad. 1.200 millones de seres humanos viven con menos de un dólar al día. Han vuelto a aparecer enfermedades que se creían desterradas. Qué podemos decir de la actual pandemia que nos asola, tanto por las muertes que causa la enfermedad como por la pobreza que provocan, en parte ocasionada por los gastos sanitarios que la misma origina. El “si Dios ha muerto todo está permitido” de Dostoievski lo ha hecho cierto un sistema económico que convierte en mercancías y dinero todo lo que toca. Y esto es precisamente lo que ocurre con la actual pandemia. Mientras una buena parte del mundo se retuerce de dolor, miedo y sufrimiento, las grandes industrias farmacéuticas (IF) y sus dueños pretenden extraer de ellos el máximo beneficio posible, aunque ello suponga incrementar más y más la gravedad de los riesgos en los que la humanidad esta sumida. Utilizan para ello su gran justificación que le ofrecen las prerrogativas de las patentes sobre sus moléculas de medicamentos y la manida y falsa disculpa de que necesitan esas ganancias -sin límites- para investigar. Ocurre al contrario, las expectativas de grandísimos beneficios en torno a una nueva molécula desaconsejan la investigación en otras para atender aquellas necesidades de salud que ofrecen menos oportunidades de negocio. Por

ejemplo, enfermedades raras o antibióticos. El establecimiento de las patentes y su regulación actual constituyó una maldita decisión que impuso la OCDE, gobernada por los intereses económicos mas importantes del mundo, que España aceptó en 1986. Hoy constituye un extraordinario problema de salud para buena parte del mundo.

Justicia y libertad... son palabras de uso cotidiano. La cuestión está en el significado que se les otorga y el compromiso que suponen. En la AAJM el compromiso con la justicia distributiva para poder ofrecer más libertad supone atender, sin discriminación de ninguna naturaleza, las necesidades de salud de los pacientes, con los valores de la ética médica, el humanismo asistencial y las competencias profesionales más apropiadas. La prestación farmacéutica es un elemento esencial de la asistencia sanitaria. El insumo farmacéutico representa el mayor valor de los activos que se consumen en la “industria de la salud”. No solo suponen entre el 25 y el 30% del presupuesto sanitario de cada Comunidad Autónoma, además se estima que una tercera parte del medicamento consumido no está justificado, está contraindicado o es mal utilizado. Es decir, hace daño e incluso puede ser causa de muerte

Las progresivas presiones y amenazas que sufre el ejercicio de la medicina, por agentes externos a la misma vinculados a la IF, hacen imprescindible que la medicina y los médicos nos detengamos a meditar sobre la situación y los cambios habidos en la misma. Estos cambios provocan respuestas desviadas del centro o núcleo fundamental de la práctica médica y de sus fundamentos, el bien del paciente y la necesidad sanitaria. Quien haya leído “Un mundo feliz” de Aldous Huxley escrita en 1932 o “1984” de George Orwell, escrita entre 1947-1948, comprobará que ambas son distopías o utopías negativas trazadas hace 7 décadas. Pero también que hace tiempo se instalaron entre nosotros. La

máxima pena ideada por el Big Brother de Orwell es castigar a cada ciudadano con lo que más le aterra individualmente. Y es el caso que sufren los Sistemas Públicos de Salud que con la colaboración de parte de la profesión médica, se convierten en sus propios verdugos al permitir y pagar un sobreprecio de los medicamentos. Por un lado, absorben recursos sociales disponibles, disminuyen la capacidad de respuesta del SNS a las necesidades de salud de los pacientes, entregando así a los seguros privados a la población mejor situada económicamente. Y ese sobreprecio responde a un uso abusivo y sin control de las prerrogativas que ofrecen las patentes de los medicamentos y productos sanitarios. Es decir, aceptan, toleran y no reaccionan ante una situación que se vuelve contra ellos cronificando una espiral progresiva de insuficiencia económica y dependencia externa

Y esas causas convierten a buena parte de la profesión en su propio agente de destrucción pues un buen porcentaje de esas ganancias abusivas de la IF se dedican a propaganda y compra de voluntades en el sector, lo que a su vez determina las conductas y respuestas clínicas y con ellos un incremento en número de unidades prescritas y limitación de la capacidad de respuesta profesional. En suma, un incremento injustificado del gasto sanitario, que por ejemplo disminuye o impide por imposibilidad presupuestaria mejorar las condiciones laborales de los profesionales, menos aún que estos actúen con espíritu crítico a la hora de revisar sus propias conductas. No existe transparencia ni en las decisiones sobre el establecimiento de los precios de los medicamentos, ni tampoco sobre los conflictos de interés de las personas que forman parte de las comisiones implicadas en dichas decisiones. Con un absoluto descaro, los órganos de supervisión y control cada día están más mediatizados por los intereses industriales. Tanto que supone una

desvergüenza observar a sus componentes y las relaciones de alguno de ellos con los intereses de la IF.

Garantizar la sostenibilidad a medio plazo del SNS será posible si la prestación farmacéutica es accesible, de calidad y utilizada de modo racional y económicamente eficiente. Es urgente recargar con valores éticos ejemplares los comportamientos de los dirigentes políticos, y profesionales. Pero también realizar, junto con la limpieza y transparencia absoluta de los órganos reguladores y asesores de la Administración Sanitaria, una actuación integrada en el ámbito regulador, asistencial y de gestión, para poder responder a las necesidades y preferencias responsables de los pacientes y usuarios, así como defender y proteger los intereses del SNS como bien público de primera magnitud.

La pandemia que sufrimos ha hecho aflorar en buena parte de la sociedad lo mejor, pero en otra sale con fuerza el egoísmo y la avaricia, olvidando que la solidaridad, la cooperación y convivencia entre todos son las únicas soluciones válidas contra la terrible crisis que sufrimos, e incluso de provecho a medio plazo para los intereses egoístas instalados en nuestra sociedad. Las únicas respuestas válidas, que obligaran a realizar cambios radicales alejados de largos documentos de consenso llenos de buenas intenciones, son las respuestas colectivas, el que la sociedad civil se organice, conozca, estudie, informe, defienda, acuse, exija y obligue a que se respeten sus derechos. Y ese es el modo de trabajar que hemos decidido en la AAJM: revisar, estudiar, publicar y

denunciar para que la población conozca las situaciones que les afectan en relación con el cuidado de su salud.

No podemos pensar, a riesgo de quedarnos anclados en la angustia, que lo que nos ocurre sólo nos pasa a nosotros debido a nuestra mala suerte, a nuestra mala preparación, a nuestra falta de esfuerzo. Siempre hay alternativas. Las patentes se han convertido con el tiempo en el sistema más perverso de trasvase de dinero público a las arcas privadas y en consecuencia de retirada de recursos en prestaciones sociales y sanitarias para aquellos que las precisen, y así son la principal causa de los graves problemas de acceso a medicamentos esenciales en países pobres y de la hipermedicación que ocurre en los países ricos. Es un sistema perverso que genera problemas de acceso y de exceso simultáneamente, perjudicando a millones de pacientes y causando un enorme gasto innecesario. Como digo, constituye el sistema más perverso de transferencia de dinero público a arcas privadas sin el beneficio correspondiente para la ciudadanía.

¿Podemos cambiar esta situación, o es inevitable? Claramente se puede cambiar. Es difícil, pero hay que intentarlo convencidos de que es posible lograrlo para conseguir un mundo mejor o al menos que el actual frene su deterioro. Y eso es precisamente el objetivo de nuestra Revista por un AJM analizar, repasar y estudiar, desde una visión científica y profesional, todas las concausas de lo mencionado y sus posibles soluciones, porque las hay. Y ordenadamente ponerlas a disposición de la ciudadanía sanitaria.



ORIGINALES

La exención a las patentes: una solución de emergencia para ampliar la producción de vacunas de la COVID-19

Vanesa López.



Directora de Salud por Derecho.

Mientras en los países ricos se está vacunando contra la COVID-19 a una persona cada segundo, en 47 de los 79 países más pobres aún no se ha administrado ninguna dosis. Después de un año de pandemia este es el triste balance si miramos grosso modo el ritmo de vacunación en todo el planeta. Pero las previsiones sobre cómo será el acceso a las vacunas en los países empobrecidos durante los próximos meses tampoco dejan buenas noticias: solo una de cada diez personas podrá ser vacunada en 2021, según datos de *People's Vaccine Alliance*. En la otra cara de la moneda están los países ricos¹ con Israel a la cabeza en el porcentaje de población vacunada, seguido de Emiratos Árabes, Chile y Estados Unidos. Europa, a pesar de haber hecho fortísimas inversiones de dinero público en las vacunas (1.500 millones de euros para impulsar su I+D y 27.000 millones en los acuerdos de compra avanzada), se encuentra bastante rezagada en el ritmo de vacunación en comparación con los países mencionados. Sin embargo, intentar entender a qué podría deberse esta diferencia y analizar la estrategia general seguida por la EU para impulsar la búsqueda de una vacuna y asegurar su suministro en los países miembros o los procesos de negociación y contratación con las compañías farmacéuticas sería motivo de otro artículo.

En cualquier caso, estamos asistiendo a un acaparamiento de un producto sanitario sin precedentes: los países ricos han comprado más de la mitad del suministro de vacunas del

mundo, a pesar de que solo representan el 16% de la población mundial, según un estudio de la Universidad de Duke, y podrían vacunar 2,6 veces a su población. Esta actitud no es sólo cuestionable desde el punto de vista ético y moral, sino también como medida de salud pública, pues sólo acabaremos con la pandemia si avanzamos todos los países al unísono y evitamos las desigualdades en el acceso a las vacunas. Una proyección² realizada por la *Northeastern University* de Boston y otras universidades norteamericanas afirma que, si los primeros 2.000 millones de dosis de vacunas se distribuyeran en proporción a la población de los países, la mortalidad mundial podría reducirse en un 61%. En cambio, si los 47 países más ricos acaparan las dosis, la reducción será solo de un tercio.

Por otro lado, también resulta inquietante que, a pesar de que ya han fallecido 2,6 millones de personas³ en todo el mundo a causa de la COVID-19, su altísimo impacto en las economías y de la dolorosa experiencia que tenemos con otras pandemias, especialmente la del VIH/SIDA, donde la falta de acceso a los tratamientos en los países pobres ha provocado la muerte de millones de personas durante décadas, las acciones que están tomando los líderes mundiales son totalmente insuficientes. Si entonces el problema era el elevadísimo precio de los medicamentos antirretrovirales para el VIH (10.000 dólares por paciente y año), hoy, además, el cuello de botella está en los problemas de producción y

suministro que tiene como consecuencia el que no haya dosis suficientes para abastecer a la población mundial. Y el problema de fondo es el mismo: la protección de la propiedad intelectual en la que se basan los monopolios permite a las compañías farmacéuticas fijar los precios a su antojo y tener la exclusividad de la fabricación y comercialización de las vacunas. En definitiva, tienen el control, y esto ocurre a pesar de que las inversiones públicas⁴ de los estados han sido importantísimas. Las consecuencias, como hemos visto, son la desigualdad en el acceso en los países más pobres, pero también nos afecta a los países ricos, como España, pues impide que podamos avanzar más rápido en los planes de inmunización.

COVAX: un mecanismo de solidaridad insuficiente

En la primavera del año pasado se puso en marcha la plataforma COVAX con el fin de impulsar la búsqueda de una vacuna efectiva contra la COVID-19, fomentar una suerte de coordinación global en la compra y distribución equitativa, así como crear un mecanismo común de donaciones de vacunas a los países de medios y bajos ingresos. Sin embargo, esta iniciativa ya surgió con un defecto de partida: los países receptores de las donaciones solo podrían acceder, a través de este mecanismo, a un número máximo de dosis como para inmunizar al 20% de su población (mientras que la inmunidad de grupo se alcanzaría vacunando al 70% de la población). Los datos que dan cuenta del funcionamiento de COVAX tampoco son nada halagüeños: las vacunas disponibles a fecha de hoy para donar a los países pobres sólo alcanzarían al 3,3% de su población. Es cierto que los países de medios y bajos ingresos tendrían otras vías para adquirir vacunas por sí mismos, al margen de

programas de solidaridad, pero las compañías farmacéuticas están imponiendo condiciones imposibles en los contratos, tal y como ha denunciado el director ejecutivo del Banco Interamericano de Desarrollo. Eso sin contar con el problema del acaparamiento de vacunas por parte de los países ricos antes mencionados. Necesitamos que se tomen medidas efectivas, y no parches, que permitan ampliar la capacidad de producción en todo el mundo.

Una solución de emergencia: la exención a las patentes

Llegados a este punto, nos parece que la solución más efectiva es la propuesta que India y Sudáfrica han hecho en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) para acordar una exención de las patentes relacionadas con las tecnologías de la COVID-19 mientras dure la pandemia y se alcance la inmunidad global. Esta medida, que facilitaría la posibilidad de compartir la propiedad intelectual y el know-how, evitaría los monopolios y eliminaría la inseguridad jurídica, permitiendo la libertad de operar a los fabricantes y favoreciendo una colaboración que aumente y acelere la producción y asequibilidad de las vacunas, diagnósticos y tratamientos para la COVID-19 en todo el mundo.

Lo cierto es que, a pesar de que la industria farmacéutica ha puesto el grito en el cielo por esta propuesta, existe un antecedente histórico: en 2001, en plena pandemia del VIH/sida, los Estados llegaron a un consenso para acordar una exención relacionada con el párrafo 6 de la Declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. La exención estableció un mecanismo para permitir a los países que producían medicamentos genéricos bajo una licencia

obligatoria suministrar los fármacos a otros países que carecían de la capacidad de fabricación necesaria para producirlos ellos mismos. Si en esta ocasión la iniciativa saliera adelante, un reto también sería reforzar la capacidad de producción, especialmente en los países pobres.

La propuesta cuenta con el apoyo de 99 de los 164 países de la OMC. Sin embargo, países como Japón, Noruega, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos y la Unión Europea están en contra. La presidenta de la comisión europea Von der Leyen, ha manifestado, preguntada en una rueda de prensa reciente por este tema, que no descarta nada. Esta posible nueva actitud, aunque podría ser tan solo un brindis al sol, abre un resquicio al fuerte bloqueo que ha mostrado la Unión Europea, por lo que se hace necesario un debate urgente, profundo y al más alto nivel en el Consejo de Ministros de Salud de la UE y en el propio Consejo de la UE. Esta cuestión se seguirá debatiendo en los próximos meses y esperemos que los líderes europeos reconsideren su posición y decidan proteger el interés general y no el de las empresas farmacéuticas.

REFERENCIAS

1. https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?tab=map&zoomToSelection=true&time=latest&pickerSort=desc&pickerMetric=total_vaccinations_per_hundred&Metric=Vaccinations&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=CHN~USA~RUS~MEX~DEU~FRA~BHR~ARE~IND~ITA
2. Matteo Chinazzi, Jessica T. Davis, Natalie E. Dean, Kunpeng Mu, Ana Pastore y Piontti, Xinyue Xiong, M. Elizabeth Halloran, Ira M. Longini Jr., Alessandro Vespignani. *Estimating the effect of cooperative versus uncooperative strategies of COVID-19 vaccine allocation: a modeling study* https://www.mobs-lab.org/uploads/6/7/8/7/6787877/global_vax.pdf
3. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/>
4. Según *MSF Access Campaign*, los gobiernos han invertido 10.000 millones de dólares en I+D de vacunas y ensayos clínicos y fabricación de las seis potenciales candidatas vacunas de la COVID-19 desarrolladas por AstraZeneca / Universidad de Oxford (más de 1.700 millones de dólares) Johnson & Johnson / BiologicalE (1.500 millones de dólares), BioNTech (500 millones de dólares), GlaxoSmithKline / Sanofi Pasteur (2.100 millones de dólares), Novavax / Serum Institute of India (casi 2.000 millones de dólares) y Moderna / Lonza (2.480 millones de dólares).

Adquisición de vacunas en el contexto COVID: los acuerdos de compra anticipada en la Unión Europea



David Larios.

Abogado. Vocal de la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento (AAJM).

«Muy probablemente, la solución permanente a la crisis de la COVID-19 llegará con el desarrollo y la distribución de una vacuna segura y eficaz contra el virus. Por cada mes que se adelante su distribución, se salvarán vidas, puestos de trabajo y miles de millones de euros¹»

Partiendo de esta premisa la Comisión Europea y los Estados miembros han concluido Acuerdos de Adquisición Anticipada con la industria farmacéutica para garantizar el suministro de suficientes dosis de una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19.

Esta apuesta por la compra centralizada, en palabras de la Presidenta de la Comisión Europea «ha sido un experimento, una prueba para la UE, y de su éxito dependerá no sólo la recuperación económica sino futuros intentos de descargar responsabilidades históricamente nacionales en manos comunitarias²»

Es mucho lo que está en juego y la UE ha actuado con rapidez poniendo en marcha una estrategia de compra centralizada inédita hasta la fecha. El procedimiento se iniciaba en marzo de 2020, apenas declarada la pandemia, y culminaba pocos meses después con la celebración de los contratos que permitían el inicio, a finales de año, del

suministro a los Estados miembros de las primeras vacunas autorizadas.

A la rapidez con la que ha actuado la UE se suman otros efectos positivos de la estrategia de compra centralizada de vacunas como son (i) la negociación conjunta para obtener mejores condiciones; (ii) la actuación coordinada posibilita una distribución equitativa de las dosis entre los Estados miembros y (iii) la diversificación de la compra, mediante la adquisición de opciones amplias sobre futuros, minimiza el riesgo de dependencia de los proveedores.

El instrumento jurídico-económico elegido por la UE para formalizar su estrategia de compra centralizada son los Acuerdos de Adquisición Anticipada (APA, por sus siglas en inglés). Con los APA, diseñados a partir de la propuesta metodológica del Premio Nobel de Economía en 2019 Michael Kremer, se pretende «reducir la incertidumbre» de las partes en la contratación del suministro de vacunas en el escenario altamente complejo en el que nos encontramos: «Las partes comprenden que el desarrollo de una vacuna segura y eficaz es un proceso extremadamente complejo y que dicha empresa entraña un riesgo de fracaso elevado. Por tanto, el objetivo es concluir APA con los fabricantes de las posibles vacunas más destacadas para maximizar las posibilidades de tener acceso, al menos, a una vacuna satisfactoria³»

Los APA son contratos anticipados en la medida en que: «contemplan la fabricación, adquisición y suministro de una vacuna que, en el momento de celebrarse el contrato ni se ha podido fabricar, ni se sabe si se podrá producir, ni tampoco si su comercialización será autorizada. En suma, se trata de un contrato sometido a una condición suspensiva, consistente en que la vacuna llegue a fabricarse tras un proceso exitoso de investigación y ensayo, y reciba las correspondientes autorizaciones públicas para su comercialización⁴»

Para ello, los Estados adelantan a la industria importantes cantidades para financiar la investigación, con lo que contribuyen a aumentar la velocidad y la escala de fabricación al tiempo que se aseguran el suministro y evitan la puja al alza que podría darse si actuaran por separado, adquiriendo el derecho y la obligación de comprar un número «N» de vacunas en un plazo y a un precio pactado. La industria, por su parte, ve reducido su riesgo de inversión en los procesos de investigación y producción, y se asegura las ventas una vez autorizada la comercialización de la vacuna en condiciones de certidumbre previamente fijadas.

Ciertamente es pronto para evaluar en qué medida los APA están cumpliendo estos objetivos y si el equilibrio de las partes se encuentra garantizado por sus cláusulas y condiciones, algunas de las cuales han provocado inquietud, cuando no abiertas críticas, en sectores políticos, económicos y jurídicos.

El primero y quizá más decisivo de los problemas detectados sea el llamativo desequilibrio en la posición de las partes respecto a los derechos sobre el resultado de la inversión conjunta (pública-privada). Así, pese a que la UE habría invertido 15.900 millones de euros y los Estados miembros

7.200 millones de euros más, frente a la inversión privada de la industria que no alcanzaría los 3.000 millones⁵, los APA no compensan esa financiación pública con ningún derecho sobre la propiedad intelectual ni garantía de licencias no exclusivas, sino que atribuyen la patente y el derecho de explotación de las vacunas finalmente autorizadas a los laboratorios titulares. De este modo la UE ha perdido la oportunidad de que las vacunas obtenidas gracias a una ingente inversión de dinero público sean consideradas un «bien público», o que al menos estén sujetas a licencias de explotación «no exclusivas», contribuyendo a un monopolio de producción y distribución limitada que conlleva una ralentización del ritmo de vacunación que cuesta vidas y millones de euros. Y ello en frontal contradicción con lo expresado en el propio preámbulo del Acuerdo citado al inicio, y también con la Resolución del Parlamento Europeo de 10 de julio de 2020, que animaba a la Comisión «a exigir en todas sus convocatorias para proyectos de financiación e inversión que los productos finales tuvieran licencias no exclusivas» y que «en las negociaciones con la industria la CE impulsara que la vacuna sea considerada bien público mundial».

Un segundo problema que presenta el clausulado de los APA se ha puesto de manifiesto con motivo del incumplimiento de una de las empresas contratistas de su compromiso de suministro de las dosis inicialmente pactadas. Ante la situación de desabastecimiento generada por la compañía AstraZeneca, que había entregado menos del 10% de las dosis que tenía comprometidas, la Comisión dictó el Reglamento de Ejecución UE de 29 de enero de 2021 prohibiendo al laboratorio la exportación de vacunas fuera de la UE mientras se mantenga el incumplimiento. Esta medida extraordinaria se acordó ante la inexistencia de un mecanismo contractual de responsabilidad por incumplimiento, más allá de la simple



declaración de inexistencia de obligaciones contractuales con terceros que impidan el cumplimiento del contrato, dado que en los Acuerdos las compañías no adquieren una obligación de resultado, sino de medios. Es decir: los Acuerdos no obligan a los laboratorios a fabricar y entregar «N» dosis en un plazo concreto, sino a «hacer sus mejores esfuerzos razonables» («best reasonable efforts»); término indeterminado que el contrato con AstraZeneca define, de forma aún más indeterminada si cabe, como «el grado de esfuerzo que una empresa de tamaño similar, con una infraestructura de tamaño similar y recursos similares, emprendería o utilizaría en el desarrollo y fabricación de una vacuna en la etapa pertinente de desarrollo y comercialización, teniendo en cuenta la urgente necesidad de disponer de una vacuna para poner fin a una pandemia mundial que está causando graves problemas de salud pública y restricciones a las libertades personales y económicas, pero sin perder de vista la eficacia y seguridad⁶». Una vez acreditado que la empresa contratista, pese a haber hecho sus «mejores esfuerzos razonables», no puede cumplir con la entrega de las dosis acordadas, debería

notificarlo a la Comisión y en tal caso la UE podría presentar a otra empresa (no titular de la patente) que fuera capaz de fabricar y suministrar las vacunas. Pero aún ante dicha propuesta el contratista no estaría obligado a compartir o ceder sus derechos de explotación exclusiva, sino a hacer «sus mejores esfuerzos razonables» para llegar a un acuerdo con dicha empresa a efectos de aumentar la producción. No se prevé consecuencia jurídica para el caso de que tal acuerdo no se llegase a producir.

Otro de los aspectos más criticados de los APA ha sido la falta de transparencia en la negociación y finalización de los propios contratos, sometidos a cláusulas de confidencialidad para la protección del secreto comercial de los laboratorios contratantes que impiden conocer, entre otros elementos, el precio pactado por dosis, los plazos de entrega y las consecuencias de su incumplimiento, así como determinados aspectos no revelados de la responsabilidad jurídica por efectos adversos de las vacunas. No fue sino en enero de 2021 cuando la Comisión dio acceso a una versión

parcialmente censurada del primero de los acuerdos firmado con el laboratorio CureVac, previa conformidad de la compañía, en respuesta a la presión ejercida por la Eurocámara, que llevaba meses exigiendo conocer su contenido y denunciando la opacidad del proceso. Sin embargo, la publicación de la versión parcial de los contratos no aminoró las críticas de los europarlamentarios contra la falta de transparencia, al ser las empresas quienes deciden qué parte de los contratos se puede leer y qué párrafos aparecen tachados. La eurodiputada francesa Manon Aubry expresaba la opinión de su grupo político al declarar que: «La lectura (parcial) del contrato es angustiosa. La vacuna, fruto de la inversión pública, es propiedad exclusiva de las grandes farmacéuticas. Las empresas son irresponsables si ocurren efectos negativos. En resumen, privatización de ganancias, socialización de pérdidas»

Precisamente el régimen de responsabilidad jurídica por los efectos adversos que puedan provocar las vacunas es otro de los aspectos más criticados de los APA. La cláusula en que se regula esta materia consta de seis párrafos, de los cuales hay dos tachados que no se pueden leer. De su contenido parcial se desprende que los perjudicados por la administración de la vacuna podrán reclamar ante el laboratorio titular, como viene siendo habitual en el campo de la responsabilidad civil por productos defectuosos, pero que serán los Estados contratantes quienes se harán cargo de las indemnizaciones que las compañías deban satisfacer en caso de «reclamaciones por muerte, lesiones físicas, mentales o emocionales, enfermedades, discapacidad o miedo a lo anterior».

Es decir, que los Estados que financiaron con dinero público buena parte de la investigación y el desarrollo de las vacunas sin participación en el derecho de propiedad intelectual, que adquieren con dinero público las dosis pactadas al precio pactado, asumen

también la responsabilidad final de satisfacer con dinero público las indemnizaciones por efectos adversos derivados de su administración a los ciudadanos. Un desequilibrio evidente en la posición de las partes que no ha pasado desapercibida y ha sido objeto de fuertes críticas al considerar que los Estados están sobre-financiando estas operaciones en tres momentos y por tres conceptos sucesivos: pago por adelantado, pago por suministro y pago por los efectos adversos. A lo que habría que añadir los costes que asume la sanidad pública derivados de la morbilidad por retrasos en el ritmo de vacunación debidos al incumplimiento de los plazos de entrega y dosis pactadas.

REFERENCIAS

- 1 y 3. Anexo del Acuerdo entre la Comisión Europea y los Estados miembros sobre vacunas contra la COVID-19. BOE núm. 211 (5 agosto 2020).
2. Diario El Mundo 10/02/2021 “La Presidenta de la Comisión Europea admite errores en la estrategia de reparto de las dosis a los Estados miembros” <https://www.elmundo.es/internacional/2021/02/10/6023c41b21efa01f198b45d0.html>
4. Sánchez Lorenzo, Sixto A. “El advance purchase agreement (APA) entre AstraZeneca y la Comisión Europea visto desde el Derecho privado”. Diario La Ley. UE. Núm. 90. Marzo, 2021. Wolters Kluwer.
5. BBC News. 15/12/2020 “Vacunas contra el coronavirus: cuánto dinero pueden ganar realmente las farmacéuticas con la inmunización” (<http://bbc.com/mundo/noticias-55293057>)
6. García Vidal, A. “Los acuerdos de adquisición anticipada de vacunas contra la COVID-19 firmados por la Comisión Europea”. Análisis Farmacéutico. Febrero 2020. Gómez Acebo y Pombo.

El mundo tras la pandemia por COVID-19: la salud puede cambiar la influencia de los actores mundiales



Soledad Cabezón Ruiz.

Médica, especialista en Cardiología. Diplomada en Alta Dirección de Instituciones Sociales. Diputada nacional 2008-2014. Diputada europea 2014-2018. Elabora el informe “Acceso a los medicamentos de la Unión Europea” para la Comisión de Medio Ambiente, Salud y Seguridad Alimentaria

La carrera por el acceso a los medicamentos por parte de los países en desarrollo no parece alcanzar su fin; aún con retos pendientes como en el combate de enfermedades infectocontagiosas que hace décadas dejó atrás el mundo desarrollado surgió el Ébola y, ahora, la pandemia por Covid19.

La ayuda de los países desarrollados a través de la cooperación al desarrollo no les garantiza el acceso a estos bienes básicos, es más, puede parecer que el verdadero objetivo no es otro que perpetuar el actual sistema del medicamento.

En la pandemia por Covid19, la geopolítica ha pasado a jugar un papel fundamental en garantizar el derecho a la salud a falta de que los mecanismos legales internacionales previstos se implementen y desarrollen, lo que puede suponer cambios de consecuencias históricas en el equilibrio internacional.

Hoy, el mundo en vías de desarrollo, aún sin haber podido despejar otras enfermedades infectocontagiosas con alta morbimortalidad, se enfrenta a una nueva amenaza sanitaria, la pandemia por Covid 19.

El pasado mes de agosto de 2020 era noticia internacional que África erradicaba la polio, a pesar de que la vacuna oral que se ha utilizado en la mayoría de los países del mundo se desarrolló en 1961¹.

Hoy, las vacunas contra la tuberculosis, la propia polio, la rubeola, la fiebre amarilla, el sarampión o la hepatitis han pasado a un segundo plano en muchos países en vías de desarrollo debido a la nueva crisis sanitaria desencadenada por la COVID-19². UNICEF muestra cómo las medidas de cuarentena obstaculizaron la inmunización en numerosos países, aumentando el riesgo de que en torno a 80 millones de niños menores de 1 año contraigan una enfermedad prevenible, que en muchos casos puede resultar grave.

Está claro que para estos países no basta con el descubrimiento de la vacuna, se necesita de mucha solidaridad y ayuda internacional.

La infección de la viruela fue oficialmente declarada erradicada por la Organización Mundial de la Salud en 1980. Una de las enfermedades más temidas en el mundo, que provocó más de 500 millones de muerte en el siglo XX y cuyo camino a la erradicación se inicia con el desarrollo de la vacuna en 1796. Sin embargo, mientras en los años 50 todos los países ricos del mundo habían logrado eliminar la enfermedad, para el resto del mundo hubo que esperar a la creación de la OMS tras la Segunda Guerra Mundial que se marcó la erradicación de la viruela como uno de sus grandes objetivos en 1967³.

Ahora, para el proceso de vacunación mundial contra el Covid19 nace, con la

supuesta buena intención de ayuda internacional para su erradicación en los países en desarrollo, la iniciativa COVAX, la cual podría ser cuestionada desde su concepción al pretender inmunizar sólo a un 20% de esta población, por lo tanto, sin la intención de erradicar, sino de controlar, lo que puede parecer un ejercicio “redención católica” y un ejercicio de los países ricos para expiar sus culpas por la acaparar la producción internacional de vacunas.

El Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19⁴ (COVAX, por sus siglas en inglés), con 190 países participantes y un fondo de 4 mil millones de dólares, escasos comparado con los desembolsos realizados por la Comisión Europea y el resto de países ricos, es una iniciativa público-privada por la que los países de ingresos altos y medianos contribuyen al fondo y reciben una parte de las vacunas adquiridas y los países más pobres las reciben de forma gratuita.

Esta iniciativa se justifica en tratar de evitar lo sucedido con las vacunas para la influenza A (H1N1) en 2009, cuando los países más ricos acapararon, una vez más, los suministros de vacunas, pero no es menos cierto que esta estrategia permite asegurar unas ventajosas ganancias para la industria farmacéutica que no se ve obligada moralmente a bajar el precio o suministrar gratuitamente la vacuna a los países con menor nivel económico, sino que los países de mayor nivel desarrollo las financiarían; lo que no deja de ser claramente insuficiente si sólo se propone inmunizar a un 20% de esta población, incluso puede parecer que es una estrategia más para perpetuar el actual sistema del medicamento a nivel internacional que priva a millones de personas en el mundo de los medicamentos esenciales.

Pero, lo más inverosímil es que nada de esto debiera ser necesario atendiendo a los acuerdos de sobre las flexibilidades de los TRIPS a raíz de la Declaración de DOHA⁵

sobre la propiedad intelectual de la OMC y el derecho a preservar la salud y, en su caso, incluso suprimir las patentes cuando hay una situación de salud pública como la que se vive con la pandemia por Covid19. Del mismo modo que llama la atención la falta de desarrollo de la estrategia acordada en la 64 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud para evitar futuras pandemias y garantizar el acceso a las vacunas y medicamentos a raíz de la pandemia por H1N1⁶.

Desde luego, esta pandemia ratifica la ineficacia, ineficiencia e injusticia del actual sistema del medicamento a nivel internacional, sus justificaciones, ya a vistas de todo el mundo, ponen de manifiesto una forma de entender el mundo por los países ricos desde la esfera del capitalismo neoliberal, Sin embargo, esta pandemia tiene otro componente inédito en pandemias anteriores, la geopolítica con Rusia y China suministrando a aquellos países a los que los países ricos sólo les vuelven a dar una limosna y, es que, el egoísmo de los países ricos puede acabar impulsando un mundo más injusto, con menos derechos, incluido para los países ricos, a pesar de que “haya vacuna para todos”, si esto puede suponer un avance de los países con menos garantías de las libertades individuales y de los derechos fundamentales.

En definitiva, hoy nos enfrentamos a una pandemia que, de nuevo, para los países en desarrollo se les antoja larga y difícil. No obstante, en el momento actual subyacen nuevos componentes e intereses en la geopolítica mundial que pueden sorprender a aquellos países ricos con una mirada a corto plazo, mientras que países como China⁷, e incluso Rusia, pretenden acelerar el control de la pandemia en el mundo en vías de desarrollo, lo que puede dejar un panorama mundial muy diferente al que conocemos hoy. Las nuevas alianzas mundiales no se basan en la de sus ejércitos ante guerras entre pueblos,

sino que va virando hacia la unión ante amenazas vitales de la población mundial con agentes biológicos como el Covid19.

China ya provee a Brasil, Indonesia y Emiratos Árabes Unidos, y en breve lo hará a Argentina, Chile, Jordania, México, Perú o Turquía. También los países como Botsuana, Marruecos o la República Democrática del Congo esperan esta vacuna.

La Comisión Europea debiera poner las luces largas y liderar un nuevo modelo de cooperación al desarrollo donde acciones como la de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales para todos fuese una de sus prioridades reales, lo que pasa necesariamente por una revisión del modelo farmacéutico impuesto por EEUU y la UE. Ya no es ni siquiera una cuestión de justicia social, también de preservar el sistema social y de derechos europeo, ejemplo mundial hasta ahora, pues no deja ser paradójico que China anuncie que su vacuna es un “bien público mundial” mientras en occidente perpetúa un modelo farmacéutico ineficiente e injusto que pretende anteponer la economía de forma cortoplacista, mientras repite que es la zona del mundo con el mayor bienestar social y garantías de derechos.

Grabado sobre la vacunación incluido en la obra de François Chaussier “El compendio de la vacuna” traducida al castellano por Pedro Hernández (1801), siendo el primer texto sobre la vacuna impreso en España.



REFERENCIAS

1. África erradica la polio: cómo consiguió este histórico hito. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53909749>
2. Coronavirus | Las vacunas que se han dejado de suministrar en América Latina a causa del COVID-19. <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/coronavirus-las-vacunas-que-se-han-dejado-de-suministrar-en-america-latina-a-causa-del-covid-19-noticia/>
3. El Programa de Erradicación de la Viruela (1966-1980). <https://www.who.int/features/2010/smallpox/es/>
4. COVAX: cómo será el plan de la OMS para llevar vacunas para el COVID-19 a países en desarrollo. <https://www.infobae.com/salud/2021/01/18/covax-como-sera-el-plan-de-la-oms-para-llevar-vacunas-para-el-covid-19-a-paises-en-desarrollo/>
5. The Doha Declaration on the TRIPS agreement and public health (2001). (WT/MIN(01)/DEC/2). https://www.who.int/medicines/areas/policy/doha_declaration/en/
6. WHA64/2011/REC/1. https://apps.who.int/gb/e/e_wha64.html
7. La vacuna contra el Covid-19, en el corazón de las estrategias de geopolítica. <https://www.france24.com/es/asia-pac%C3%ADfico/20210129-vacuna-covid19-estrategias->

El caso de la hepatitis crónica por virus C

La movilización ciudadana consiguió para todos los nuevos tratamientos contra la hepatitis c



José Luis Rodríguez Agullo.

Doctor en Medicina. Hepatólogo. Promotor de la ILP Medicamentos a un Precio Justo.

Introducción:

El virus C de la hepatitis (VHC) es el más dañino de los virus de la hepatitis porque en aproximadamente el 50% de los casos no se puede eliminar y produce una hepatitis crónica que cursa sin síntomas hasta que 20 o 30 años después produce en muchos casos cirrosis y cáncer de hígado, por eso se le ha calificado como “la epidemia oculta”. La mayoría de los diagnósticos de esta hepatitis crónica se realizaban de forma fortuita cuando se observan alteraciones de la función hepática en las pruebas de laboratorio.

En España la hepatitis crónica por virus C era la causante de la mayoría de las cirrosis hepáticas y cánceres de hígado, por este motivo, era la causa más frecuente de muerte por insuficiencia hepática y ya causaba el doble de muertes que el VIH-SIDA además de ser la causa de la mayor parte de los trasplantes hepáticos (1).

España carecía hasta 2019 (2) de un registro de pacientes de hepatitis C que incluyese los pacientes infectados, los pacientes tratados y que describiese todos los parámetros de interés para afrontar este urgente problema de salud pública. Este tipo de registros ya fue aconsejado por el Parlamento Europeo en su Declaración sobre la hepatitis C de 29 de marzo de 2007.

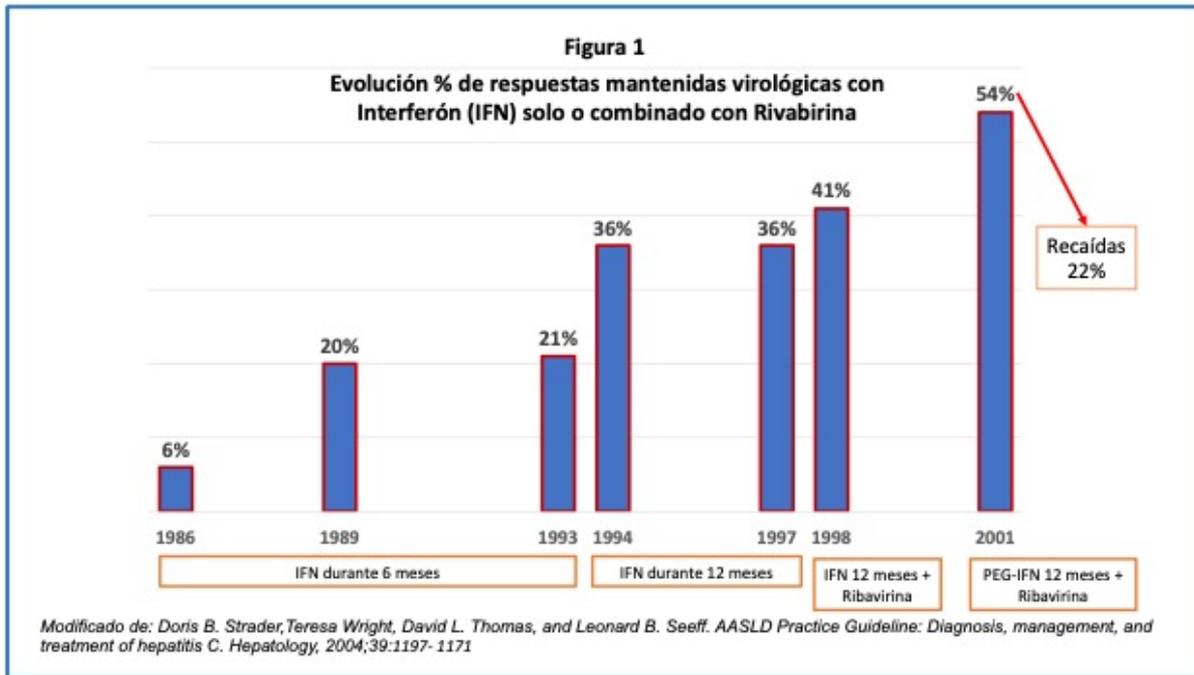
Sin embargo, durante el año 2017 se publicaron varios estudios, en forma de comunicaciones a congreso y un artículo que

analizaban la seroprevalencia (casos con anticuerpos anti-VHC positivos) y la prevalencia de viremia (ARN-VHC + por PCR) en la población general (3, 4, 5).

Su conclusión era que el porcentaje de ARN-VHC positivo, infección activa, sobre los seropositivos, con anti-VHC positivo era de 39,33% (IC 95% 18,79%-64,49%) que significaba que aproximadamente se curaban espontáneamente el 60,67% de las personas infectadas por el VHC. Se puede observar que las tasas de seroprevalencia y de viremia son significativamente más bajas que los datos que se manejaban por una mejor metodología de los estudios recientes en los que se realiza determinación de la viremia (ARN-VHC por PCR) a todos los seropositivos. El Plan Estratégico para el Abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud tenía, desde el principio, los pies de barro.

Tratamientos basados en Interferón

Los tratamientos que se ha utilizado hasta 2014 se han basado todos en el uso de interferón al que se añade ribavirina. El pionero en el uso de interferón en la hepatitis crónica C fue el Dr. Jay H. Hoofnagle de los Institutos Nacionales de Salud, USA, que inició este tratamiento en 1989 en las hepatitis no A-no B que era como se llamaba la hepatitis C antes del descubrimiento del virus.



Pues bien, el Dr. Jay H. Hoofnagle escribía en abril de 2014 (6) que *“los tratamientos basados en interferón están limitados por los efectos adversos graves, la necesidad de un tratamiento de hasta 1 año, por lo modesto de las respuestas positivas, menos del 50%, y por estar contraindicado en pacientes con otras patologías como enfermedades cardíaca, pulmonar, psiquiátrica o autoinmune. Además, se tiene que suspender en un número significativo de pacientes por sus efectos adversos o por su ineficacia”*.

Por eso, el Dr. Jay H. Hoofnagle concluía *“a pesar de disponer de tratamientos basados en interferón durante más de 20 años la mortalidad por hepatitis C no ha hecho más que aumentar y ya es mayor que la mortalidad por infección por VIH”*.

Como máximo, se conseguía una eliminación del VHC en un 54% de los pacientes elegibles para tratamiento con Interferón Pegilado y Ribavirina durante 12 meses, pero de estos, el 22% volvían a recaer a los 6 meses de terminado el tratamiento (Figura 1).

Tratamientos con Telaprevir y/o Boceprevir

La aprobación en 2011 de Teleprevir y Boceprevir, antivirales directos de 1ª generación, para el tratamiento del genotipo 1 parecía un avance, tenían que suministrarse en combinación con interferón pegilado y ribavirina en lo que se llamó triple terapia con un protocolo muy complejo y farragoso para médicos y pacientes. Este tratamiento presentaba efectos adversos que eran potencialmente muy graves y, por otra parte, en los pacientes no respondedores generaban cepas virales resistentes con graves consecuencias sobre la evolución viral y la eficacia de potenciales tratamientos futuros.

El tratamiento tenía una tasa de respuestas muy baja por las recaídas y en las cirrosis el tratamiento durante 48 semanas era poco eficaz. La triple terapia con Interferón Pegilado, Ribavirina y Boceprevir o Teleprevir no cambió la tasa riesgo/beneficio y solo conseguía un bajo porcentaje de la eliminación del virus C.

El espectro estadístico de la Hepatitis crónica C en España antes de la aprobación del Plan (Tabla 1)

La situación en España era que había un número creciente de pacientes que no podían ser tratados con regímenes que incluyesen el interferón y ante la falta de autorización para tratarlos con los nuevos medicamentos, los AAD de 2ª generación, se les condenaba a continuar con su infección con el virus C de la hepatitis que los llevará progresivamente a desarrollar una cirrosis, que pasaría a cirrosis descompensada con todas sus complicaciones y necesidad de asistencia sanitaria de alta complejidad y por lo tanto muy cara. En muchos casos necesitarán un trasplante hepático con su alto coste y altísimo porcentaje de nueva manifestación de la infección y evolución a cirrosis en unos 6 meses y, además, esto significaba añadir mucho sufrimiento a estos conciudadanos infectados por el virus C de la hepatitis que en la mayoría de los casos, más del 80%, lo fueron por prácticas sanitarias previas al descubrimiento del virus C.

Las cifras de mortalidad atribuible al virus de la hepatitis C se mantenían estables y según

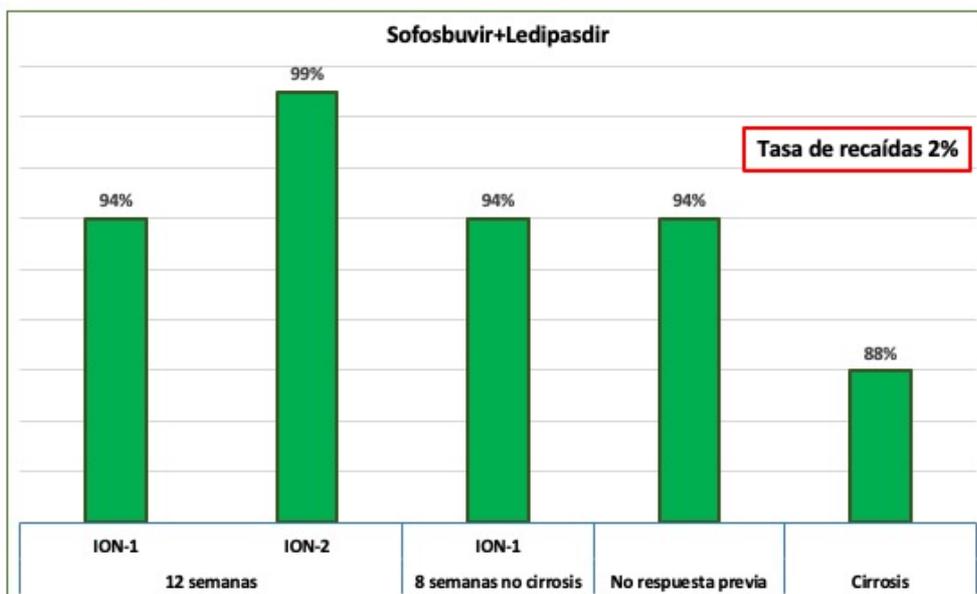
estimaciones del año 2006 se situaban en un rango entre 3.873 y 4.464 defunciones.

La aprobación de los Antivirales de Acción Directa (AAD) de segunda generación

La terapia triple no estuvo a la altura de las expectativas y aunque fue un fracaso, las autoridades del Ministerio de Sanidad seguían promoviendo su utilización en noviembre de 2014 (7) a pesar de que la Agencia Europea del Medicamento (EMA en sus siglas en inglés) había aprobado lo largo de 2014 varios Antivirales de Acción Directa (AAD) de 2ª generación para uso por vía oral como Sofosbuvir el 16 de enero de 2014, Simeprevir el 14 de mayo de 2014, Daclatasvir el 26 de agosto de 2014 y Sofosbuvir + Ledipasvir el 17 de noviembre de 2014 (Harvoni).

Los AAD de segunda generación son unos medicamentos con un sistema novedoso de luchar contra el VHC, lo que hacen es interferir con el ciclo reproductivo del virus C dentro de las células infectadas impidiendo su replicación. Estos medicamentos, siempre en combinaciones de dos o más de ellos, eliminan el virus en más del 95% de los casos con

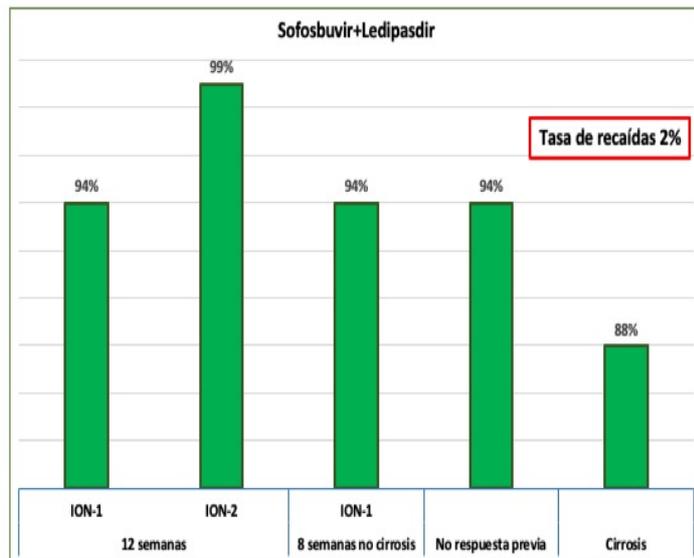
Figura 2. Porcentaje de curaciones: respuesta virológica sostenida



Modificado de Jay H. Hoofnagle, M.D., and Averell H. Sherker, M.D. Editorial. Therapy for Hepatitis C — The Costs of Success. N Engl J Med 370;16:1552-53

tratamientos de 12 semanas de duración y en algunos casos especiales con una duración de 24 semanas. Eliminan el virus independientemente de la edad, sexo, raza, existencia de cepas resistentes del virus C y también en pacientes que no han tenido una respuesta previa a los tratamientos antiguos disponibles basados en interferón y en aquellos en los que por las contraindicaciones no han podido ser tratados, y también en los pacientes con cirrosis (6) (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de curaciones: respuesta virológica sostenida



Modificado de Jay H. Hoofnagle, M.D., and Averell H. Sherker, M.D. Editorial. Therapy for Hepatitis C — The Costs of Success. N Engl J Med 370;16:1552-53

El tratamiento durante 12 semanas alcanza el 95% de erradicación del virus y en pacientes con cirrosis supera el 88%, lo mismo de efectivo con un 97% de respuestas se ha demostrado la combinación de AAD de 2ª generación en pacientes trasplantados con infección recurrente por VHC.

Los efectos colaterales son mínimos y la mayoría de los pacientes los toleran sin dificultad. Se trataba de un gran avance en el tratamiento de la infección por el virus C de la hepatitis.

Postura del Ministerio de Sanidad durante 2014

La disponibilidad de tratamientos orales altamente efectivos, con AAD de segunda generación, contra la hepatitis C permitía elevadas tasas de curación impidiendo su evolución a situaciones de enfermedad grave y además iba a permitir en el futuro la erradicación de esta enfermedad. Sin embargo, la actitud del Ministerio de Sanidad en España, cuya titular era Ana Mato, ante la aprobación de estos nuevos fármacos por la Agencia Europea del Medicamento fue la de poner barreras impidiendo que los pacientes de hepatitis C accediesen a estos nuevos y muy eficaces

tratamientos, lo que fue denunciado por médicos, pacientes y asociaciones de afectados por la hepatitis crónica C, como la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C (PLAFHC) que inició un encierro indefinido en el Hospital 12 de Octubre el 18 de diciembre de 2014, encierro motivado porque la posición del Ministerio era la de suministrar el nuevo tratamiento solo a los enfermos más graves con fibrosis avanzada (F3) o cirrosis (F4) contrario a la opinión de los expertos.

Una revista de información general sanitaria afirmaba que durante el mandato de Ana Mato en el Ministerio de Sanidad: ... *se redujo la dotación dirigida a la prevención y tratamiento de los enfermos de hepatitis C en cerca de 80 millones de euros, pasando de los cerca de 180 millones en 2013 a los 100 millones, doce meses después.* (8)

No obstante, esta no es la única crítica a la gestión de Ana Mato en el tratamiento de la hepatitis C. Así, a finales de diciembre, la Asociación Española del Estudio del Hígado (AEEH), que agrupa a los especialistas que tratan específicamente las enfermedades hepáticas, manifestaba su completo rechazo a la totalidad del

documento de "Estrategia de priorización para el tratamiento de la hepatitis C", desarrollado por el equipo de Mato, por considerar que dejaba al margen las evidencias científicas en relación con los nuevos fármacos, sofosbuvir y simeprevir. (9)

Asimismo, esta asociación recomendaba a los hepatólogos que no siguiesen las recomendaciones incluidas en el documento ministerial e insistían en que había que desarrollar una estrategia nacional de tratamiento de hepatitis C que tuviese en cuenta a expertos clínicos y pacientes.

En este clima de enfrentamiento entre el Ministerio de Sanidad por una parte y las organizaciones de profesionales y la PLAFHC por otra, se produce el cese de la Ministra Ana Matos y su sustitución por Alfonso Alonso que tomó posesión el 3 de diciembre de 2014.

Después de este cambio en el Ministerio, continuaba el encierro de los pacientes de hepatitis C en el Hospital 12 de Octubre por sus justas demandas de "tratamiento para todos" los pacientes con hepatitis crónica C, como por otra parte defendían todos los hepatólogos españoles e internacionales. El encierro se producía para protestar porque el Ministerio de Sanidad racionaba el nuevo tratamiento con AAD y solo lo suministraba a los pacientes más graves a pesar de las prescripciones de los médicos.

El 10 de enero de 2014 la PLAFHC convoca una marcha hacia la Moncloa para pedir al Presidente Mariano Rajoy "tratamiento para todos". A esta convocatoria se adhirieron organizaciones sociales y partidos políticos. La marcha se inició desde el encierro en el Hospital 12 de Octubre y tuvo un gran éxito.

Una vez tomó posesión de posesión el nuevo Ministro de Sanidad y 2 días después de la "Marcha a la Moncloa", el 12 de Enero de 2015 se constituyó en el Ministerio una

Comisión para la elaboración de un plan estratégico de tratamiento para los enfermos de hepatitis C.

Plan Estratégico para el Abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC)

El Plan (PEAHC) aprobado en 2015 incluye 4 líneas estratégicas con diferentes recomendaciones. El Plan se estructura en 4 líneas estratégicas, estableciendo unos objetivos específicos y acciones prioritarias a desarrollar en los siguientes tres años (2015-2017), que se llevará a cabo contando con la colaboración de diferentes agentes.

Los datos utilizados en el PEAHC de pacientes con infección activa por VHC, 472.000 eran muy exagerados y se basaban en un cálculo erróneo porque pensaban que el 80% de los pacientes con anticuerpos tenían una infección activa.

Finalmente, el Ministerio hizo una recogida de datos basándose en los pacientes con hepatitis C que constaban registrados en los hospitales, con grado de fibrosis F2, F3 y F4 eran 52.956 a los que se pensaba tratar mientras que a los 28.592 en estadio F0 y F1 no se iban a tratar.

Análisis del gasto público en Antivirales de Acción Directa (AAD) de 2ª generación para la hepatitis C, por CCAA. Abril 2016.

La Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos en su sesión de 23 de febrero de 2015 acuerda financiar dos AAD Harvoni y Viekirax-Exviera con un máximo de gasto conjunto de 786 millones de €.

El asunto de los tratamientos con AAD de la hepatitis C fue tratado con ocultismo y desinformación por parte de las Administraciones. El secretismo del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Hacienda con respecto al número de pacientes tratado y al

precio de cada tratamiento fue una constante durante todo el año 2015 y 2016.

En febrero de 2015 se elabora por los Ministerios de Hacienda y Sanidad el Anexo IV. Informe de las condiciones de financiación de los nuevos antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis C en el SNS, informe que nunca se hizo publico, pero en el se establece un acuerdo precio-volumen a escala nacional por número de pacientes tratados, un acuerdo para el medicamento Harvoni y otro para Viekirax-Exviera.

Como se puede observar en el Gráfico 1, se establece un precio por paciente variable según tramos. A medida que aumenta el número de pacientes tratados y se van pasando los tramos, el coste del tratamiento por paciente va disminuyendo (Gráfico 2). Sin embargo, no se establece cual es el precio inicial que según algunas fuentes alcanzaba los 60.000 € por paciente.

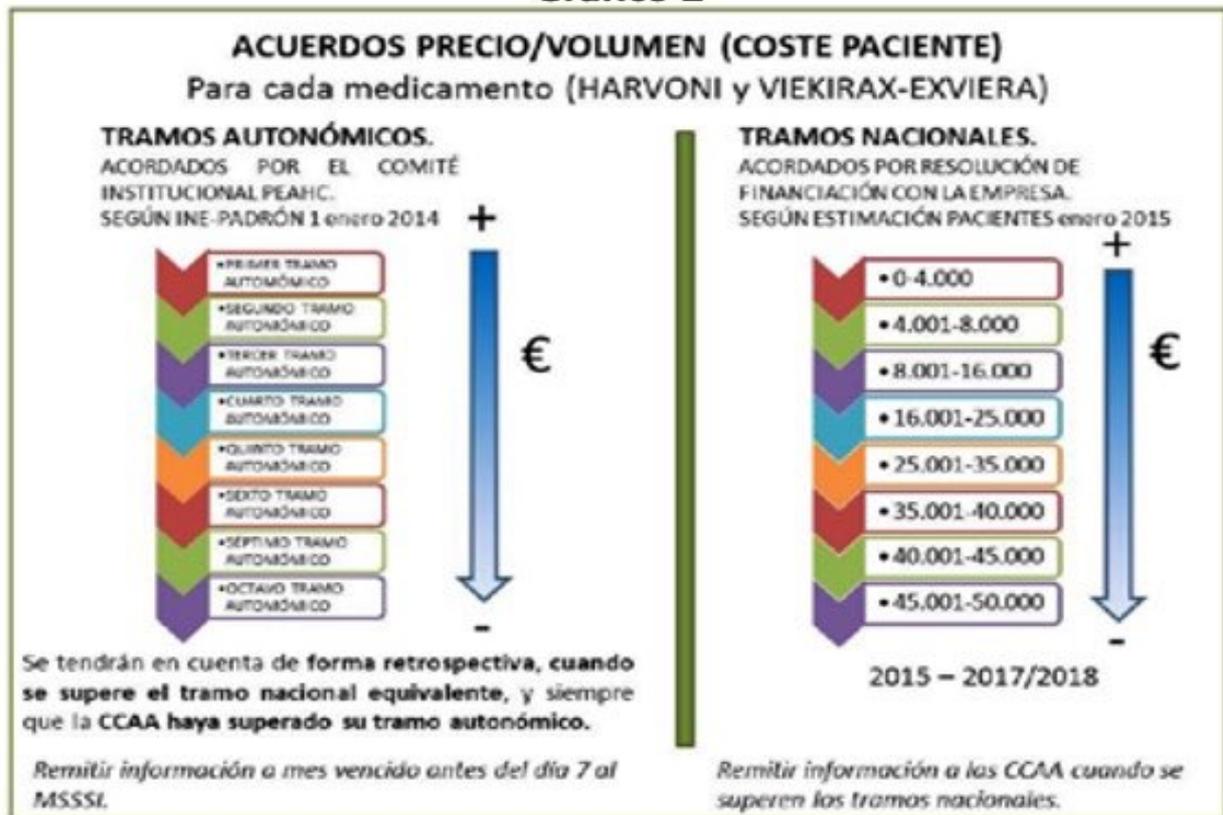
El Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas en una rueda de prensa a finales de marzo de 2016 proporcionó datos sobre el gasto en tratamientos de la hepatitis C confesando el grave error de cálculo de la Comisión Interministerial, en ese momento se habían tratados a 46.454 con un gasto total de 1.123,22 millones de €, 24.179 € por paciente. En la Tabla 2 se observa que el gasto por paciente tratado oscila entre 14.000 € y 24.000 (que es la media).

Los acuerdos precio/volumen, aprobados en la Comisión Interministerial de Precios y firmados por los Ministerios de Sanidad y Hacienda con los laboratorios Gilead y AbbVie, se establecen para 2015 hasta 2017/2018 sin tener en cuenta que la FDA ya había aprobado una nueva combinación de 2 AAD y que en fechas próximas se aprobaran otras combinaciones que van a necesitar un tratamiento de solo 6 semanas contra las 12 actuales, tanto en EE. UU. como en UE.

Gráfico 1. Tramos acuerdo precio-volumen

ACUERDO PRECIO-VOLUMEN HARVONI		• ACUERDO PRECIO-VOLUMEN VIEKIRAX-EXVIERA	
TRAMOS DE PACIENTES	COSTE POR PACIENTE Harvoni	TRAMOS DE PACIENTES	COSTE POR PACIENTE Viekirax/Exviera
1 a 8.000	+	1 a 4.000	+
8.001 a 16.000		4.001 a 8.000	
16.001 a 25.000		8.001 a 16.000	
25.001 a 35.000		16.001 a 25.000	
35.001 a 45.000		25.001 a 35.000	
45.001 a 50.000	-	35.001 a 40.000	-

Gráfico 2



De esta manera, se adquiere un compromiso a largo plazo con estos 2 laboratorios, cuyas características desconocemos, pero que sin duda serán perjudiciales para las Administraciones Sanitarias que no podrán negociar mejoras económicas cuando se comercialicen los nuevos medicamentos, sin duda más baratos por la competencia y porque algunos de ellos reducen el tratamiento a 6 semanas y son eficaces contra todos los genotipos de VHC.

Además, como se establece en el Anexo IV del Plan el *“Techo de gasto conjunto. 786 MM € para tratar 51.900 pacientes con los medicamentos...”* demostró ser un fiasco cuando la realidad es que se gastaron 1123,22 MM € para 46.454 pacientes.

Los Ministerios de Sanidad y Hacienda han perpetrado un elaborado engaño a las CCAA sobre el gasto en los tratamientos contra la

hepatitis C, de operación de crédito a 10 años y carencia de 2 años en la devolución del principal a contabilizar el gasto en que han incurrido las CCAA como déficit. Los acuerdos precio/volumen (coste por paciente) no son transparentes y las CCAA no tienen ningún control ni conocimiento del número de pacientes tratados y en que tramo se encuentran.

El plan aprobado en el año 2015 apostaba en un primer momento por priorizar a los pacientes en función de su gravedad. Por ello, se trató con los nuevos tratamientos a aquellos que estaban diagnosticados con fibrosis en grado, F2, F3 y F4. Tras el primer año de su inicio, se pudo tratar con fármacos de última generación a 51.964 pacientes de los más de 95.000 diagnosticados. Las CC.AA. exigían más financiación para poder hacer frente a los nuevos tratamientos, pero el Ministro Alfonso Alonso se negó a aprobar un presupuesto específico esta causa.

Por otra parte, el nuevo Consejero de Sanidad de Madrid después de las elecciones de 2015 llegó, en septiembre de ese año, llegó un acuerdo con las asociaciones de pacientes para tratar también a los pacientes con fibrosis F0 y F1 que llegaron a ser el 28% de todos los tratados en mayo del 2016. Incumpliendo el acuerdo con el Ministerio de Sanidad y creando agravios con las demás CCAA.

Por ello, en la reunión del Consejo Interterritorial de 16 de junio de 2017, con Dolors Montserrat como Ministra de Sanidad, se propuso la actualización de la estrategia terapéutica con la extensión del tratamiento a todos los pacientes, incluidos a aquellos en fases iniciales, fibrosis F0 y F1 que era lo que pedían los profesionales, la PLAFHC y otras asociaciones de enfermos.

El problema para las CCAA era que no había una dotación específica para estos tratamientos, pero el Ministerio de Sanidad se negó a un presupuesto específico para este fin.

En junio de 2018, con María Luisa Carcedo como Ministra de Sanidad, ya son 113.000

pacientes los que han sido tratados con los AAD de última generación, con tasas de curación que superan el 95%.

Entre las propuestas de la nueva Ministra se considera la reestructuración y convocatoria del Comité de Coordinación y otros comités de expertos del plan estratégico y la publicación de los resultados del estudio de prevalencia realizado por el Instituto de Salud Carlos III.

Según los datos de la 2ª Encuesta de Seroprevalencia en España 2017-2018 del Ministerio de Sanidad (2) la prevalencia estimada en población entre 20 y 80 años con infección activa por VHC es del 0.22% (82.576), se ha estimado que la fracción no diagnosticada en ellos es del 29.4% (24.277), el resto tienen una prueba de VHC registrada en el sistema.

Entre enero de 2015 y julio de 2019 en España se han tratado con antivirales de acción directa a 132.851 pacientes con una efectividad terapéutica del 95,7 por ciento.

La hepatitis crónica C en España ya no es un problema de salud pública aunque todavía hay pacientes por tratar.

TABLA 1. EL ESPECTRO DE LA HEPATITIS CRÓNICA C EN ESPAÑA 2012	
MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL VIRUS C	
Año 2016	3873 - 4464
ALTAS PACIENTES CON HEPATITIS C	
2011-2013	113.627 (26.500 pacientes/año)
HEPATITIS C + CIRROSIS	
Año 2013	7.096
TRANSPLANTES HEPÁTICOS	
Años 2011-2013	892
HEPATITIS C + HEPATOMA	
2013	3.200
Tesis doctoral "Carga de enfermedad por hepatitis C en España" Ana García Fulgueiras, Universidad Miguel Hernández, Alicante 2012	

Tabla 2: Gasto Público en fármacos para hepatitis C a 31 de diciembre de 2015

CCAA	Gasto en hepatitis C 2015 (millones €)	Gasto per cápita en hepatitis C en €	Nº de pacientes tratados (cálculo)
Andalucía	188,92	22.490	8.400
Aragón	22,93	17.400	1.318
Asturias	27,31	25.980	1.051
Islas Baleares	31,00	28.080	1.104
Canarias	31,49	14.990	2.101
Cantabria	21,55	36.830	585
Castilla-León	49,35	19.960	2.472
Castilla-Mancha	34,52	16.760	2.060
Cataluña	158,01	21.050	7.506
Extremadura	18,92	17.310	1.093
Galicia	76,58	28.030	2.732
Madrid	228,45	35.490	6.437
Murcia	24,74	16.860	1.467
Navarra	9,93	15.510	640
Pais Vasco	23,38	10.680	2.189
La Rioja	9,62	30.340	317
C Valenciana	167,40	33.610	4.981
TOTAL CCAA	1123,22	24.090	46.454

Fuente: Diariofarma (18 abril 2016) y datos del Ministerio de Hacienda y del INE

Bibliografía

1.A. García Fulgueiras et al. Hepatitis C and hepatitis B-related mortality in Spain. *European J Gastroenterol & Hepatol* 2009;21:895-901.

2. Ministerio de Sanidad. Prevalencia de la infección por hepatitis C en población general en España; 2017-2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/INFORME_INFECCION_VHC_ESPANA2019.pdf

3. Cuadrado A, et al. Estudio de la prevalencia de la hepatitis C en la población española. Estudio PREVHEP/COHORTE ETHON. Congreso AEEH 2017. Comunicación oral 15.42 - 15.54.

4. Rodríguez-Tajes S, et al. Estudio de prevalencia de infección por los virus de la hepatitis B y C en Cataluña. Congreso AEEH 2017. Comunicación oral 16.27 - 16.39.

5. Aitziber Aguinaga, Jorge Díaz-González, Alejandra Pérez-García, et al.

Estimación de la prevalencia de infección diagnosticada y no diagnosticada por el virus de la hepatitis C en Navarra, 2014-2016. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36(6):325-331. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.12.008>

6. Jay H. Hoofnagle, Averell H. Sherker. Editorial. Therapy for Hepatitis C -The costs of success. *N Engl J Med* 2014; 370:1552-1553.

7. Criterios y recomendaciones generales para el tratamiento con boceprevir y telaprevir de la hepatitis crónica C (VHC) en pacientes mono infectados. Fecha de publicación 18 de noviembre de 2014. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-criterios-VHC-mono infectados.pdf>

8. España arrastra la gestión de Mato en hepatitis C. *Consalud* 7 de enero 2015. https://www.consalud.es/politica/espana-arrastra-la-gestion-de-mato-en-hepatitis-c_15352_102.html

9. La EEH denuncia: La AEEH rechaza el documento de «Estrategia de priorización para el tratamiento de la hepatitis C» 19 de diciembre de 2014 <http://ww2.aeeh.es/2014/12/la-aeeh-rechaza-el-documento-de-estrategia-de-priorizacion-para-el-tratamiento-de-la-hepatitis-c/>

OTRAS FUENTES

Tratado frente a la pandemia, sí, pero no solo

Fernando Lamata Cotanda.

Doctor en Medicina, experto en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios, presidente del Consejo Editorial de la Revista AJM. *El Obrero*. 2 de abril de 2021. <https://elobrero.es/opinion/64162-tratado-frente-a-la-pandemia-si-pero-no-solo.html>

El pasado día 30 de marzo se publicó en la prensa una declaración de 25 Presidentes y Primeros Ministros, junto al Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, comprometiéndose a “una acción conjunta para una arquitectura sanitaria internacional más sólida”, y afirmando que “las naciones deben trabajar unidas para establecer un nuevo tratado internacional de preparación y respuesta ante pandemias”. Entre los firmantes están Pedro Sánchez, Ángela Merkel, Emmanuel Macron, Boris Johnson y el Presidente del Consejo Europeo, Charles Michel. El escrito acierta, en parte, en el diagnóstico y en las propuestas, pero, a mi juicio, se queda corto, pudiendo quedarse en otro ejercicio retórico, de distracción, o de descargo de conciencia. Me explicaré.

Por una parte, respecto a la situación actual, se dice que la pandemia de la COVID-19 es el mayor desafío de la comunidad mundial desde la década de 1940, tras la devastación de las dos guerras mundiales, y se señala que, frente a la pandemia “nadie estará a salvo hasta que todo el mundo lo esté”. En esto estoy de acuerdo. Pero, luego, añaden los mandatarios que se comprometen “a garantizar el acceso universal y equitativo a las vacunas... frente a esta pandemia y otras futuras”, y subrayan que “la inmunización es un bien público mundial y tendremos que ser capaces de desarrollar, fabricar y desplegar vacunas lo más rápidamente posible”. Resulta evidente que estas buenas palabras, que podríamos

suscribir, no se corresponden con las decisiones tomadas por la Unión Europea (UE) y por sus Estados Miembros (EEMM) en el año que dura la pandemia. Por el contrario, en ese tiempo, la UE ha reservado más de 2.000 millones de dosis de vacunas para sus 450 millones de habitantes, mientras la mayoría de los países pobres no han podido abastecerse. A día de hoy se había vacunado el 8% de la población de la UE, mientras en Egipto, Mauritania, Gabón o Namibia se había vacunado menos del 0,1%. Esto no es equidad, se mire como se mire. Es una catástrofe moral, en palabras del Dr Tedros. En EEUU se habrán vacunado a más del 70% de la población este verano y en la UE antes de final de año. Pero, en muchos países de África, Asia y América Latina, hasta final de 2022 ó 2023, millones de personas con los mismos derechos humanos que nosotros, no se habrán vacunado. Si los habitantes de los países ricos tuvieran que recibir una dosis de refuerzo en 2022, o si aparece una variante que se escape a la inmunidad generada por las actuales vacunas, entonces los países pobres deberán seguir esperando.

En su declaración, los mandatarios indican que su respuesta para lograr “un acceso igualitario” a las vacunas y otras tecnologías frente a la COVID era el “Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator”. Esta iniciativa, en la que participan la OMS y otras entidades, ha delegado en el “mecanismo COVAX” la responsabilidad de acelerar la fabricación, desarrollo y distribución de

Fernando Lamata Cotanda

vacunas. COVAX es una iniciativa público-privada gestionada por la Alianza para las vacunas GAVI, que a su vez está impulsada por la Fundación Bill y Melinda Gates. Los gobiernos deberían saber que una vacunación equitativa no se conseguirá nunca con un enfoque de “cooperación” con los pobres, de donaciones, de acciones caritativas, de limosna: dar lo que nos sobra. Se conseguirá con un enfoque de derechos humanos, de justicia: recibir lo que nos pertenece. El mecanismo COVAX está apoyado la federación de industrias farmacéuticas, porque no cuestiona el principal escollo real para la fabricación y acceso a los medicamentos a un precio justo, que son las patentes y los monopolios, y que es su principal fuente de beneficios abusivos. Por eso es imposible que, con este enfoque, la UE y sus EEMM logren la equidad en el acceso a las vacunas en el mundo.

Se debe hacer mucho más, como se reconoce en la misma declaración. Para empezar, pueden y deben apoyar la propuesta que India y Sudáfrica presentaron en la Organización Mundial del Comercio en octubre de 2020 para suspender las patentes de vacunas y otras tecnologías frente a la COVID, mientras durara la pandemia. Propuesta que ya respaldan más de 100 países, incluido el Vaticano, y que está bloqueada por la UE y sus EEMM. Junto a esa decisión, la UE, EEUU y la OMS debían presionar a las empresas farmacéuticas a que cedieran el conocimiento y tecnologías necesarias para desarrollar las vacunas, teniendo en cuenta que la mayor parte de esos conocimientos se han desarrollado con inversión pública directa. Dicha cesión se haría a la COVID-Technology Access Pool, C-TAP, de la OMS. La OMS identificaría todas las fábricas del mundo que puedan producir vacunas y transferiría la tecnología necesaria. En 6 meses se podría estar empezando a fabricar 3 veces más de dosis de vacunas (20.000 millones de dosis anuales, frente a los 6.000 millones de dosis que se fabricarán este año, al ritmo actual). Dichas vacunas serían a precio de

coste, con lo que, a mediados de 2022 estaría vacunada toda la población, con menos de la mitad del dinero que nos vamos a gastar para vacunar solo a los países ricos, y se podría hacer frente a dosis de refuerzo o a nuevas variantes y nuevas pandemias. Porque, como reconocen los firmantes de la declaración, está muy claro que “habrá otras pandemias y otras grandes emergencias de salud, y ningún gobierno ... podrá hacer frente por sí solo a esta amenaza. La cuestión no es si las habrá, sino cuándo”. En este sentido, el Tratado que se propone, arraigado en la Constitución de la OMS, y sustentado en el Reglamento Sanitario Internacional, es muy interesante. Solo una respuesta multilateral tendrá capacidad de hacer frente a ésta y a futuras emergencias de salud. Sin embargo, esta propuesta exige un análisis más complejo.

Para que la OMS pueda desarrollar ese papel tiene que reforzarse. Eso supone aumentar el presupuesto, de los menos de 3.000 millones de dólares anuales actuales, a más de 5.000 millones, y, al mismo tiempo, prohibir la financiación privada del organismo, consolidando una financiación pública que garantice la independencia de la institución. En este momento, entre la Fundación Bill y Mellinda Gates, GAVI y otras entidades privadas, una sola persona particular puede influir en el 25% del presupuesto de la OMS. Así mismo, en la gestión de los programas de la OMS y de la UE, se debe huir de la llamada “colaboración público-privada” los “partnership”, y otras fórmulas similares surgidas al calor del neoliberalismo que demoniza la gestión pública e idealiza la gestión privada y que, inevitablemente, pone los intereses privados por delante del interés general. El mismo neoliberalismo que privatiza las ganancias y socializa las pérdidas, como en la Sareb, “el banco malo” creado en 2012, que en 2020 ha engrosado el déficit público en otros 10.000 millones de euros que tendremos que pagar los contribuyentes. El mismo neoliberalismo que ha diseñado los contratos de la UE con las empresas

farmacéuticas para las vacunas COVID. Ahí vemos que la UE y otros países habiendo financiado el 90% de la investigación y el desarrollo de las vacunas, ceden la propiedad de las patentes y el derecho de monopolio a las empresas. Así, son éstas las que deciden cuánto y dónde fabrican (embudo a la fabricación mundial), a quién se las dan primero, y a qué precio. Los precios fijados son abusivos, en promedio diez veces por encima de su coste, pero, además, en caso de que haya reclamaciones por efectos adversos, los gobiernos (es decir, los contribuyentes) deberán pagar las indemnizaciones.

Por eso, no basta diseñar un Tratado de pandemias. Debemos ampliar el enfoque hacia el futuro. Se debe lograr un nuevo equilibrio entre el poder de las multinacionales y los grandes fondos de inversión, y el poder de los gobiernos democráticos. Hoy, ese balance está claramente dominado por la plutocracia del dinero cuyo objetivo es ganar más; es como un cáncer que, con la fuerza destructiva de la codicia es capaz de acabar con la humanidad. Si no se cambia ese equilibrio, los organismos multilaterales, como la OMS, no podrán estar al servicio de las personas, sino de las grandes empresas. En la primera mitad del siglo XX, con la presión del movimiento obrero en Europa, y con los gobiernos del presidente demócrata Franklin Delano Roosevelt en EEUU, se logró un nuevo equilibrio, que se traducía, por ejemplo, en un sistema fiscal más justo y progresivo, donde el tipo marginal de las rentas más altas se llegó a situar por encima del 70 y el 80%. Un modelo en el que, otro ejemplo, se aprobó en EEUU la separación de los bancos de depósito y de inversión de riesgo, con la ley Glass-Steagall, reduciendo el tamaño y el poder de las entidades financieras. Después de la segunda guerra mundial se crearon la ONU, y la OMS, y se fundó la UE, impulsando el multilateralismo democrático y la defensa de los derechos humanos. Pero en los años 80 del pasado

siglo comenzó la revolución de los ricos, la financiarización de la economía, y los think-tanks que impusieron poco a poco el discurso neoliberal. Como signo, en 1999 se derogó la ley Glass-Steagall durante el segundo gobierno del presidente demócrata Bill Clinton. El mismo gobierno que se opuso a que Mandela quisiera aprobar un genérico para la medicación frente al SIDA en Sudáfrica. Después, en 2008, cuando estalló la crisis financiera, como los bancos eran “tan grandes que no se les podía dejar caer”, los rescatamos con dinero del contribuyente. Y, mientras, los mil-millonarios siguen aumentando su riqueza.

Es precisa una refundación de la OMS, pero es precisa también una refundación de la Organización de las Naciones Unidas. Las pandemias, los problemas de seguridad, la crisis del cambio climático, y la necesidad de una economía que respete el medio ambiente y logre una distribución más justa de la riqueza, reduciendo drásticamente la desigualdad, solamente se podrán lograr con un poder político multilateral, democrático, que pueda doblar el brazo a los mil-millonarios y a las grandes corporaciones. Solo así se podrá colaborar, de verdad, con el sector privado realmente productivo. Mientras tanto se tratará de parasitación, de aprovechar los recursos y decisiones públicas para beneficio privado. Un Tratado para hacer frente a pandemias puede ser un paso en la dirección de construir este multilateralismo democrático que reclama Federico Mayor Zaragoza. Pero no será suficiente si no se enmarca en una ambición real de los gobiernos por refundar y fortalecer un mecanismo público de gobierno en las Naciones Unidas, con capacidad de acordar normas justas (en materia fiscal, financiera, sanitaria, medioambiental, en las tecnologías de información y comunicaciones, etc.), y con la fuerza para hacerlas cumplir.

Expertos y organizaciones se unen para llevar la supresión de patentes a la UE ante la falta de vacunas

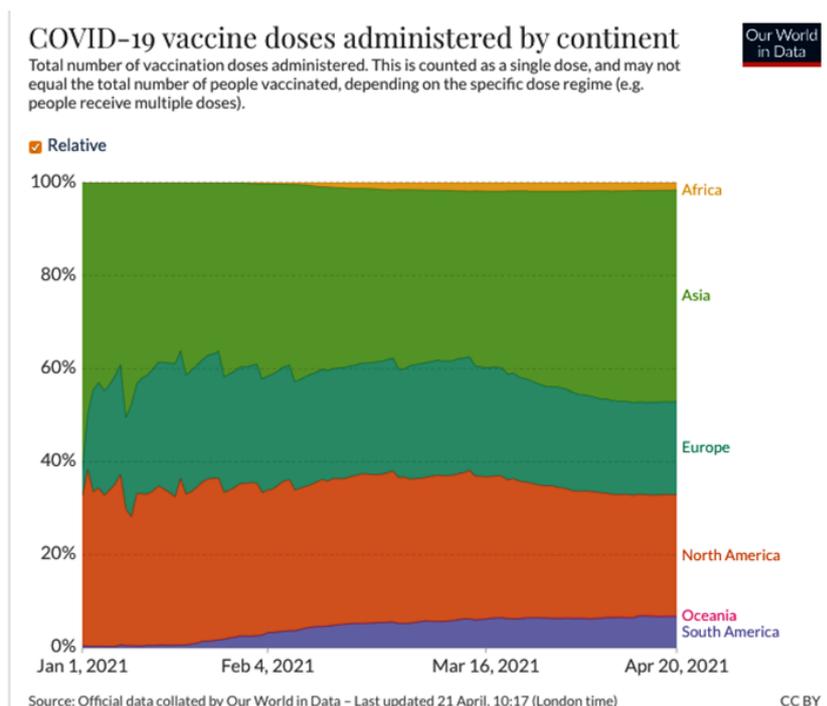
Beatriz Asuar Gallego

Doble grado de Ciencias Políticas y Periodismo. Redactora política del diario **Público**, Madrid, 6 de abril de 2021. <https://www.publico.es/sociedad/expertos-organizaciones-unen-llevar-supresion-patentes-ue-falta-vacunas.html>

La falta de vacunas contra la Covid por la limitada capacidad de producción de las farmacéuticas es ya un gran problema a nivel mundial. Los países de rentas más altas han sufrido durante el primer trimestre del año [retrasos respecto a los envíos acordados](#), pero la situación es realmente mucho más grave en las zonas más pobres del mundo. Países de renta baja o en conflicto no tienen ni siquiera capacidad de realizar contratos con las farmacéuticas para disponer de las vacunas. Se está produciendo así una **vacunación a dos velocidades que está marcada por el dinero que tenga el país** y no por la necesidad o afectación de la pandemia. Expertos y organizaciones sanitarias avisaron de este problema incluso

antes de que se iniciara la campaña de inmunización aunque ahora cada día se hace más evidente.

Ante esto, cada vez más voces proponen la **supresión de las patentes de las vacunas**. Según el médico y experto en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios, **Fernando Lamata**, con esto se conseguiría que se pasara de producir de 12 a 60 millones al día, lo que haría falta para vacunar a la población mundial en ocho meses. Algo necesario, sobre todo, para el continente de África, tal y como muestran los datos de Our World in Data en el siguiente gráfico.



Expertos y organizaciones se unen para llevar la suspensión de patentes a la UE ante la falta de vacunas

Este debate está en el seno de la **Organización Mundial del Comercio (OMC)** pero hasta ahora [los países ricos han bloqueado la iniciativa de India y Sudáfrica](#) para suspender temporalmente los derechos de propiedades intelectuales. Ante esto han surgido más propuestas como la **Iniciativa Ciudadana Europea #Right2Cure**. Expertos y organizaciones sanitarias se han unido para conseguir un millón de firmas en Europa y proponer un cambio legislativo concreto a la Comisión Europea.

En España ya se han conseguido 15.932 firmas y el comité que ha impulsado la iniciativa ha presentado públicamente la propuesta este martes en la Universidad Complutense para conseguir más apoyos. "Consideramos necesario asegurar que el acceso a los tratamientos y vacunas frente a la COVID-19 no se vean obstaculizados por monopolios que limiten la capacidad de producción mundial y eleven los precios de forma abusiva, como está sucediendo ahora", ha explicado **Adrián Arias**, uno de los portavoces del comité.

Son varias las organizaciones que forman el comité en España: desde los sindicatos CCOO y UGT hasta las organizaciones sanitarias Medicusmundi, la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, Asociación por el Acceso Justo al Medicamento, Plataforma de afectados por la Hepatitis C o Farmamundi. Estas organizaciones también tienen previstas más iniciativas como plantear mociones en los ayuntamientos para que se apoye la supresión de patentes.

El doctor Fernando Lamata también forma parte del comité y ha sido una de las voces que más ha defendido en España la supresión de patentes para acelerar la producción de vacunas. "Es complejo pero posible porque es la única manera de desbloquear la limitación

mundial", reconoce a *Público*. "La patente concede el monopolio a unas pocas empresas que deciden cuánto fabrican. Es por esto la primera medida

El doctor **Fernando Lamata** también forma parte del comité y ha sido una de las voces que más ha defendido en España la supresión de patentes para acelerar la producción de vacunas. "Es complejo pero posible porque es la única manera de desbloquear la limitación mundial", reconoce a *Público*. "La patente concede el monopolio a unas pocas empresas que deciden cuánto fabrican. Es por esto la primera medida

Crecen las voces que apoyan la supresión de patentes

Organizaciones como las que forman la Iniciativa Ciudadana Europea u otras como **Médicos Sin Fronteras** o **Salud Por Derecho** llevan meses apoyando la supresión de patentes y lanzando campañas para conseguir que los distintos Gobiernos la apoyen. Los países de India y Sudáfrica fueron los que llevaron esta propuesta a la Organización Mundial del Comercio (OMC) pero los países ricos la rechazaron desde el principio. Entre los Gobierno que han descartado esto se encuentra España, tal y como avanzó *Público* por fuentes del Gobierno y después confirmó el entonces ministro de Sanidad, **Salvador Illa**, en una [entrevista con este medio](#).

Pero, según avanzan los meses, la necesidad de tener más capacidad de producción de vacunas es mayor y las voces que lo piden crecen. En España el presidente autonómico **Ximo Puig** lo ha puesto sobre la mesa. "Hay que abrir ya este debate" y buscar "bien la suspensión temporal de patentes para tratar o prevenir la covid o bien habilitar una tercera vía entre la independencia total de los laboratorios y la inseguridad jurídica", [expuso el presidente de la Generalitat valenciana la semana pasada](#).

También **Íñigo Errejón**, líder de Más País, ha defendido esta medida este martes en el Congreso: "Instamos al Gobierno a que lidere en la Unión Europea que hay que liberar temporalmente las patentes para hacer la vacunación con más rapidez y eficacia", ha sostenido.

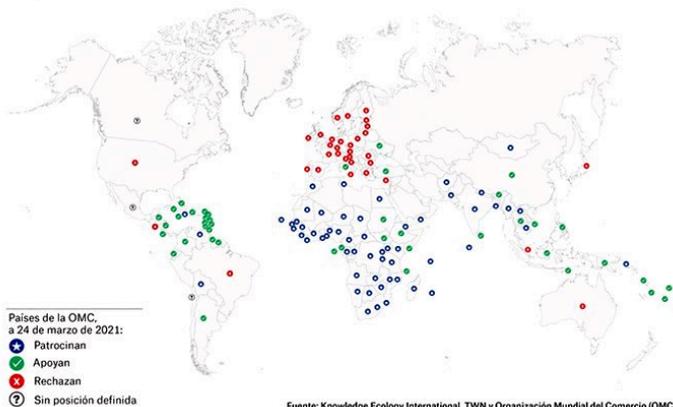
En Estados Unidos el debate ha llegado ya más lejos. El Gobierno de Donald Trump se oponía claramente a la supresión de patentes pero ahora la situación podría ser diferente con Joe Biden. Aunque se está aún muy lejos de un cambio grande, la [CNBC publicó a finales de marzo](#) que la Casa Blanca "evalúa levantar temporalmente las protecciones de propiedad intelectual sobre las vacunas y tratamientos Covid-19".

Un cambio de la posición de Estados Unidos así como de la Unión Europea sería fundamental para desbloquear el debate sobre la supresión de las patentes en la OMC. Fuentes diplomáticas dicen que se sigue trabajando y que aún quedan más reuniones. La OMC funciona por consenso, pero esta propuesta ha roto en dos al Consejo de los Acuerdos de Propiedad Intelectual (ADPIC): 103 países apoyan la propuesta (59 de ellos son patrocinadores) y 36 la rechazan (entre ellos están los 27 de la UE). En el siguiente mapa elaborado por Médicos Sin Fronteras con datos de *Third World Network*, *Knowledge Ecology International* y de la OMC se puede conocer la posición de cada país.

Aunque no parece que se vaya a contar con Bruselas. "Los problemas de acceso a vacunas no se resolverán suspendiendo las patentes. Están relacionados con una **insuficiente capacidad de producción** para fabricar las cantidades necesarias", dijo en una rueda de prensa este martes el portavoz del Ejecutivo comunitario **Balazs Ujvari**. El portavoz insistía en el argumento europeo de que es mejor buscar acuerdos sobre licencias de explotación entre desarrolladores de vacunas y compañías farmacéuticas, según recoge [Europa Press](#).

A mediados de abril será cuando se vuelva a reunir el Consejo de los ADPIC para debatir la propuesta de India y Sudáfrica. Tras esto, el Consejo tiene que presentar un informe a la Conferencia Ministerial, el órgano en el que se toman las decisiones y del que forman parte todos los miembros de la OMC. Un escenario que aún no se acaba de plantear es que se fuerce una votación porque las fuentes diplomáticas consultadas a lo largo de este proceso dicen que eso sería algo muy excepcional para la OMC. "Aún no se ve ese escenario. Se intentará llegar al consenso", insisten. ¿Cómo? Está en el aire. Los países de rentas más bajas luchan por el acceso a las vacunas, los ricos no parecen estar dispuestos en dar esta batalla a las farmacéuticas.

Apoyos y rechazos a la suspensión temporal de patentes relacionadas con la COVID-19



Expertos y organizaciones se unen para llevar la suspensión de patentes a la UE ante la falta de vacunas

La OMC debe romper monopolios de vacunas anti-COVID19

Jessica Davis Plüss, Akiko Uehara, Pauline Turuban.

SWI swissinfo.ch. 19 de marzo de 2021. <https://www.swissinfo.ch/spa/calls-intensify-for-big-pharma-to-break-monopolies-on-covid-19-vaccines/46440572>

Aumenta la presión sobre los países para que suspendan las reglas de propiedad intelectual para ayudar a que las vacunas lleguen lo más rápido posible a más personas, especialmente en los países más pobres. ¿Puede la nueva directora general de la Organización Mundial del Comercio romper el impasse?

Recientemente, Ghana se convirtió en el primer país en recibir dosis de vacunas bajo [COVAX](#)[Enlace externo](#), **Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**. El sistema de distribución de vacunas tiene como objetivo garantizar que el 20% de la población de todos los países tengan acceso a ellas. Las primeras inyecciones en Ghana fueron una señal positiva de que los países ricos no engullirán toda la producción antes de que el resto del mundo comience a vacunarse.

Pero el panorama es aún muy desigual ya que las dosis son todavía escasas. De los 8 100 millones de dosis vendidas, el 60% ha sido comprado por países ricos, que representan alrededor del 15% de la población mundial. Ni una sola persona había sido vacunada en unos 130 países hasta finales de febrero, mientras que Suiza ha comprado más de 30 millones de dosis, suficientes para vacunar a la población dos veces y ya ha dicho que podría regalar algunas dosis.

Si bien todos están de acuerdo en que las vacunas deben estar disponibles para más personas con mayor rapidez, los defensores de la industria y la salud pública están en desacuerdo sobre cómo hacerlo. La nueva directora general de la Organización Mundial del Comercio, Ngozi Okonjo-Iweala, espera romper el estancamiento en las discusiones.

Tiempos de crisis

En el centro del debate está la propiedad intelectual (PI); más específicamente, una propuesta para renunciar a partes del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) que esencialmente otorgan a las empresas el monopolio de la producción de medicamentos, pruebas y tecnologías. En efecto, esto impide que los países permitan que otros fabricantes produzcan y exporten vacunas a otro país sin riesgos legales.

Sudáfrica e India propusieron la exención en octubre pasado para que “la propiedad intelectual no sirviera como una barrera para el acceso oportuno a productos médicos que pudieran combatir la pandemia”. No se habían aprobado vacunas en ese momento, pero los países ya habían expresado su preocupación por satisfacer la demanda. Más de 60 países respaldan la propuesta junto con importantes defensores de la salud pública y ONG como [Médicos sin](#)

Jessica Davis Plüss, Akiko Uehara, Pauline Turuban

[FronterasEnlace externo](#), que han hecho campaña para que las vacunas COVID-19 sean tratadas como bienes públicos globales que no están controlados por ninguna compañía o país.

El experto legal Yuan Qiong Hu de Médicos sin Fronteras en Ginebra dijo a SWI swissinfo.ch que la exención es particularmente importante porque las materias primas y las tecnologías de las vacunas son de diferentes países con diferentes reglas de PI.

Suiza se encuentra entre un grupo de países ricos, muchos de los cuales son sedes de grandes empresas farmacéuticas, que hasta ahora se han opuesto a la exención. En una declaración compartida con swissinfo.ch, la Misión de Suiza ante la OMC declaró a la directora general de la OMC que está comprometida a alcanzar el objetivo común y tener una “discusión basada en hechos” sobre “si hay casos en los que la propiedad intelectual está impidiendo el acceso”.

La industria ha rechazado constantemente cualquier flexibilización de las protecciones de propiedad intelectual diciendo que son parte de la solución, no el problema. Es debido a la fuerte PI que las empresas han “desarrollado rápidamente vacunas seguras y eficaces”, argumentó la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones de Productos Farmacéuticos (IFPMA) en un comunicado.

En un artículo de opinión en el [New York TimesEnlace externo](#) en diciembre pasado, el director general de la IFPMA, Thomas Cueni, advirtió que suspender las reglas de patentes podría poner en peligro la futura innovación médica.

Sin embargo, Gaétan de Rassenfosse, profesor de política de innovación y propiedad intelectual en la Escuela Politécnica Federal de Lausana (EPFL), cree que la PI es una barrera de acceso.

“Los titulares de PI tienen una capacidad de producción limitada y muchas empresas en todo el mundo, incluidos los países en desarrollo, son capaces de producir medicamentos, vacunas y dispositivos médicos. Por lo tanto, la renuncia a la propiedad intelectual ciertamente aumentaría enormemente la disponibilidad de estos productos”, argumenta.

Lo anterior está respaldado por una reciente investigación de la agencia estadounidense de noticias Associated Press, que [encontró fábricasEnlace externo](#) en tres continentes que tienen capacidad no utilizada y podrían producir vacunas si tuvieran el modelo y los conocimientos técnicos.

Más que patentes

De Rassenfosse reconoce que existen otras barreras, una opinión compartida por la experta en salud pública Ellen 't Hoen, directora de la organización [Medecines Law & PolicyEnlace externo](#) y exdirectora ejecutiva del Fondo de Patentes de Medicamentos.

“Cuando la industria dice que la PI no es la barrera, está siendo un poco deshonesto. La PI no es el único problema. El objetivo es aumentar la capacidad de producción de vacunas contra la COVID-19. Para lograrlo es preciso tener acceso a los registros reglamentarios, conocimientos y tecnología. Pero también necesita acceso a la PI, como las patentes, cuando existen”.

Para 't Hoen, parte de la solución radica en el Grupo de Acceso a la Tecnología COVID-19 (C-TAP), un mecanismo voluntario lanzado en mayo pasado por la OMS para compartir conocimientos, datos y PI sobre las vacunas y terapias COVID-19. En febrero, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, reiteró el llamado para que los fabricantes de vacunas compartan sus conocimientos a través de C-TAP.

Varios países y el Parlamento Europeo apoyaron el mecanismo cuando fue lanzado, pero este perdió impulso después de que el director ejecutivo de Pfizer, Albert Bourla, calificara la idea de “absurda” y “peligrosa”. La IFPMA se mantiene firme contra la idea porque no está de acuerdo con la premisa básica de que “los derechos de PI son barreras para la I+D (investigación y desarrollo), colaboración público-privada y acceso de los pacientes a los productos COVID-19”.

Patrick Durisch, quien dirige la política de salud en la ONG suiza Public Eye, dijo que la falta de apoyo para C-TAP “es una gran oportunidad perdida. Sabíamos en mayo que no habría suficiente suministro para satisfacer la demanda de vacunas. Pensamos que en una crisis así, era el momento de hacer las cosas de otra manera y no permitir que los monopolios se interpusieran en el camino”.

Status quo

El verdadero escollo del debate, dice De Rassenfosse, es que “los dueños de la PI se muestran reacios a ceder el control de sus innovaciones sin contrapartidas”.

Incluso si las empresas hubieran recuperado sus inversiones iniciales en I+D con las ventas en los países desarrollados, preferirían otorgar una licencia para el uso de sus derechos de PI en los países en desarrollo a un precio favorable que cederlos de forma gratuita o que los “incautaran” los gobiernos extranjeros, explicó el profesor de la EPFL.

Esto es exactamente lo que han estado haciendo las empresas: firmar [acuerdosEnlace externo](#) de transferencia de tecnología o licencias con los fabricantes en sus propios términos. Un ejemplo es el [acuerdo de Novartis](#) con Pfizer/BioNtech para ampliar la fabricación de su vacuna de ARNm en Stein, cantón de Argovia.

De Rassenfosse dice que los acuerdos voluntarios de fabricación “obviamente no son suficientes” cuando se ve cómo la

vacunación en el mundo en desarrollo se está quedando atrás. Leena Menghaney, de Médicos sin Fronteras, sostiene que el rechazo de la industria con relación a la PI es, en realidad, un intento de “bloquear la competencia, mantener la condición de monopolio y los precios altos”.

En lugar de cambiar las reglas del juego, la industria respalda los llamados para que se canalice más dinero a las colaboraciones para desarrollar y distribuir vacunas. A finales de febrero, una alianza de más de 148 inversionistas con 14 billones de dólares en activos gestionados, instó a los países a cubrir el déficit de financiamiento de 22 000 millones de dólares para una “respuesta justa y equitativa a la COVID-19”. Una llamada que fue respaldada por el G7, que anunció que destinaría otros 4 000 millones a COVAX.

Sin embargo, el dinero no resolverá todos los problemas, dice 't Hoen, quien cree que se debe encontrar una solución a través de la OMC que aborde esta crisis y establezca un precedente para posibles brotes futuros.

“La vacunación mundial con una vacuna COVID-19 es un bien mundial. No se puede hacer que esto suceda si cada empresa decide por sí misma si comparte conocimientos y derechos. Necesitamos tener un acuerdo sobre el desarrollo de bienes públicos, y creo que esto sucederá como resultado de la crisis de la COVID-19”.

La nueva directora general de la OMC sugiere que una “tercera vía” o compromiso podría estar en camino. En su declaración de toma de posesión de su cargo, dijo a los delegados de la OMC que quiere trabajar con empresas para abrir y otorgar licencias a más plantas de fabricación. “Debemos hacer que trabajen con nosotros en el conocimiento y la transferencia de tecnología ahora. Pronto habrá una convención mundial de fabricación en la que podemos buscar construir esta asociación”.

Traducción del inglés: Marcela Águila Rubín y Patricia Islas

“Para que las vacunas sean un bien común hace falta una respuesta geopolítica que libere las patentes”

Entrevista a Joan Benach

Elena Parreño, *revista Crític*, entrevista a **Joan Benach**, director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), subdirector del Johns Hopkins University-UPF Public Policy Center y catedrático del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra. En *CTXT Contexto y Acción*, 7 de abril de 2021: <https://ctxt.es/es/20210401/Politica/35603/Joan-Benach-entrevista-vacunas-patentes-covid-desigualdad-miedo-neofascismo.htm>

*Hace un año, una crisis global de salud pública sacudió los cimientos de nuestras vidas. ¿Qué ha dejado al descubierto la pandemia del coronavirus? ¿Cuán determinante es la realidad económica y social para nuestra salud? La covid-19 ha mostrado la gran vulnerabilidad humana y también las deficiencias de un sistema donde quien nace pobre sufrirá las consecuencias también en su salud. Entrevistamos al investigador Joan Benach, que ha publicado el libro *La salud es política* (Icaria, 2020). Benach es director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), subdirector del Johns Hopkins University-UPF Public Policy Center y catedrático del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra.*

Hace un año de la llegada de la pandemia e inicialmente parecía un “virus democrático”. A menudo hemos oído que afectaba a todo el mundo por igual. ¿Ha sido así?

En sí mismo, el virus puede ser “democrático”, pero las condiciones sociales de las personas y grupos sociales que lo transmiten y generan sus efectos no lo son. La palabra pandemia hace referencia a la extensión masiva de una epidemia y esto puede hacer pensar que afecta a todo el mundo. Y es cierto, pero no en la misma medida. Por tanto, hay que mirar el problema de manera diferente a como

habitualmente nos lo presentan los medios de comunicación. Estamos ante una pandemia desigual, esparcida y amplificada por la desigualdad social que, como he señalado muchas veces, es la peor de las epidemias que estamos sufriendo. Por lo tanto, hay desigualdades pandémicas o, si lo queremos decir con Mike Davis, hay una “constelación de epidemias” que viene determinada sobre todo por factores socioeconómicos y sanitarios inequitativos.

Entonces ya apuntaba a las desigualdades en salud como un factor clave de los desiguales efectos de la covid-19. ¿Qué hace que las personas más pobres sufran más los efectos de la pandemia?

Casi todas las enfermedades interactúan dentro de un contexto social caracterizado por la pobreza, las privaciones materiales y desigualdades sociales crecientes. Por ejemplo, el mayor riesgo de contagio que sufren grupos de población precarizados, desahuciados, migrantes, etc. Además, estos grupos sociales tienen más dificultades para protegerse, por ejemplo, al no poder cambiar a menudo las mascarillas, y tienen más factores de riesgo y enfermedades (hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades del corazón, etc.) que los hacen más susceptibles a que el

“Para que las vacunas sean un bien común hace falta una respuesta geopolítica que libere las patentes”

coronavirus produzca un impacto más grave. Los estudios científicos muestran con claridad cómo los factores sociales actúan sinérgicamente aumentando la probabilidad de ser contagiado, de enfermar y morir. Es por eso que decimos que la covid-19 más que una pandemia es una sindemia. Quizá la pandemia actual se podrá resolver con medidas biomédicas, pero el coronavirus probablemente seguirá con nosotros y aparecerán nuevas infecciones y pandemias. Más tarde o más temprano frenaremos esta pandemia, pero si no somos capaces de detener las causas políticas profundas que la han originado y las desigualdades sociales, las sindemias seguirán actuando con nuevas enfermedades y problemas de salud que afectarán mucho más, como decíamos [en un artículo con Juan M Pericàs, a una población “vulnerada”](#).

El epidemiólogo británico Dave Gordon hizo una lista de las recomendaciones que se suelen hacer en salud y que al final culpabilizan a la víctima, como no fumar o hacer ejercicio... ¿Qué capacidad de elección tenemos en nuestras condiciones de vida?

No se puede comprender –ni resolver– un problema social y colectivo como es la salud pública con una mirada que haga hincapié en los factores personales, por relevantes que estos sean. La ideología liberal nos dice que la libertad es “hacer lo que queremos”, pero no hacemos lo que queremos sino lo que podemos o nos dejan hacer. En 1999 Dave Gordon difundió un texto en forma de broma que me gusta mucho repetir. En su artículo “Consejos alternativos para tener una salud sana” criticó la visión tradicional de los gobiernos que dan consejos “asociales” de los “estilos de vida”. El decálogo de su texto decía cosas como: “No sea pobre, pero si es pobre, procure no serlo por mucho tiempo”, o bien “no trabaje en un trabajo estresante, mal pagado y precario”. Las enfermedades y

la muerte prematura se dan en personas, pero determinados grupos sociales las padecen con más frecuencia. Al tener menos derechos, recursos, oportunidades o poder, nuestros grados de libertad se reducen. Cuanto más difícil es la vida familiar, laboral, etc., más probable es que se generen sacudidas y problemas de todo tipo. Por ejemplo, las adicciones no son, como muchos creen, una simple “elección” personal, sino a menudo una respuesta para aliviar algún trauma que sufrimos que nos está generando dolor emocional y sufrimiento. Vale decir que las conductas compulsivas son hoy una verdadera pandemia social, donde nos “enganchamos” a casi todo (el juego, las compras, el sexo, la comida, el trabajo, los juegos de internet, etc), mediante los móviles, las redes sociales, internet, y todo tipo de productos y servicios donde, bajo el neoliberalismo, las grandes empresas y la publicidad nos empujan a ser adictos para así conseguir hacer más ganancias.

A menudo atribuimos la buena o mala salud a elementos biológicos o genéticos, pero según explica en su libro hay muchas más causas... ¿Qué otros factores, más relevantes que nuestros genes, nos generan el tener buena o mala salud?

Al mencionar las causas de la salud, los medios de comunicación difunden una visión que pone excesivamente el acento en los factores biomédicos y la genética. Tanto es así, que en los últimos años se ha puesto de moda decir: “Es parte de nuestro ADN”, o expresiones similares, al hablar de temas laborales, deportivos y de todo tipo. Los factores genéticos son relevantes para la salud, pero juegan un papel menor en la producción colectiva de la enfermedad. ¿Por qué? Pues porque hay pocas enfermedades exclusivamente genéticas y porque la biología interactúa constantemente con un ambiente, que puede o no compensar una determinada desventaja biológica o genética. Estar

predispuestos no quiere decir que estemos predeterminados. ¿Por qué enfermamos? La salud de la población, la salud colectiva, depende fundamentalmente de los llamados determinantes ecosociales de la salud. Por citar algunos, la precarización laboral, la pobreza, los problemas de vivienda, las injusticias ambientales o la debilidad de la “salud pública”, aquella disciplina que tiene por objetivo prevenir la enfermedad, y proteger, promover y restaurar la salud de toda la población. A su vez, estos determinantes dependen de las políticas públicas, sociales, laborales, ambientales, etc., que se elijan y, a su vez, estas políticas dependen de la distribución del poder político en sentido amplio, es decir, de la política.

Cuenta en su libro que desde antes de nacer y hasta la muerte incorporamos en los cuerpos y mentes los determinantes políticos y sociales que más tarde expresamos en forma de salud o enfermedad... ¿Tan relevante es de dónde venimos y dónde crecemos?

Es fundamental, tanto a nivel personal y familiar, como del grupo social (clase, género, etnia, situación migratoria) al que pertenecemos y del lugar (barrio, región, país) donde vivimos. Los humanos somos “seres totales”, todo está integrado, pero el modelo biomédico hegemónico separa la mente del cuerpo, desconecta las emociones de la salud física, y separa al individuo de su entorno, de manera que las personas quedan “separadas” de sus contextos. Sin embargo, la enfermedad y la salud son el resultado de muchas causas interrelacionadas de tipo sistémico e histórico que no deberían separarse. Por ejemplo, si una mujer migrante llega a urgencias de un hospital con un infarto de miocardio, es porque su cuerpo y su mente expresa todos los problemas y factores de riesgo acumulados durante su vida que, finalmente, se reflejan en su psicología y en su biología. Su historia personal es también la historia de su clase social, de su género, de su situación

migratoria, y del colectivo social, comunidad y país al que pertenece.

La evolución de las ciencias lleva a una creciente superespecialización que, a pesar de ser útil y necesaria, a la vez nos hace difícil comprender de forma completa la realidad “integrada” que va desde los genes hasta la política. Como si de un virus se tratara, lo político y lo social “entra” dentro de nuestros cuerpos y se “expresa” en forma de daño psicobiológico mediante enfermedades, sufrimiento y muerte prematura. Aunque hay excepciones, los estudios de epigenética muestran que no somos “máquinas biológicas” aisladas de la sociedad donde hay efectos genéticos inevitables, sino animales sociales fuertemente condicionados por el entorno. Pongamos un ejemplo ya clásico. Durante el hambre invernal holandesa de 1944 provocada por los nazis al desviar los alimentos hacia Alemania, las mujeres embarazadas apenas si tenían casi alimentos. Los estudios científicos han mostrado como aquellos que aún no habían nacido (especialmente los que estaban en el primer trimestre del embarazo) al cabo de los años desarrollaron más obesidad y problemas de corazón. ¿Por qué? Pues porque madres y fetos “aprendieron” a “ahorrar” calorías. El cuerpo de estas personas fue “programado”, y más tarde “recuerda”, por decirlo así, la historia sufrida en el seno materno.

¿Cuál es entonces la causa original de esta pandemia? En el libro habla de “las causas de las causas”.

La salud de la población depende fundamentalmente de los llamados determinantes ecosociales como la precarización, la pobreza, los problemas de vivienda o las injusticias ambientales. Siempre ha habido –y siempre habrá– pandemias, pero durante los últimos decenios hemos visto un aumento de brotes producidos por enfermedades infecciosas. Por varias razones. Una urbanización masiva, la alteración de ecosistemas, y la deforestación y pérdida de biodiversidad que interpone

“Para que las vacunas sean un bien común hace falta una respuesta geopolítica que libere las patentes”

especies entre los patógenos y el ser humano. Además, hay un modelo industrial de agricultura y producción ganadera mercantil donde hay un gran número de animales hacinados, así como el crecimiento del turismo de masas, con viajes que en pocas horas esparcen virus por todo el mundo, y la mercantilización y precarización de los sistemas de salud pública. Y un factor muy preocupante es el deshielo de glaciares y el permafrost debido a la crisis climática que puede poner en circulación virus hasta ahora desconocidos. Detrás de todo ello está la lógica de acumulación, crecimiento, beneficios y desigualdad de un capitalismo que choca con los límites biofísicos planetarios. De ese modo, todo apunta a pensar que esta no será la última pandemia, sino que vendrán otras y seguramente serán más virulentas. Es pues fundamental que lo sepamos y que nos preparemos.

Hay datos en su libro que impresionan, por ejemplo: [una niña nacida en Suecia puede vivir 43 años más que una niña nacida en Sierra Leona](#). Con ello parece casi inmoral hablar tanto de la covid. ¿Hemos perdido la perspectiva o es que nunca la hemos tenido?

Sabemos que la covid-19 es un problema de salud pública, económico y social muy serio, pero hay muchos efectos que apenas empezamos a conocer. Hay una parte no visible del iceberg que oculta un número de muertos muy superior al oficial, con muchas enfermedades no atendidas, y problemas de salud mental, sufrimiento, violencia y desigualdades. Además, la pandemia amplifica las desigualdades de una gran parte de la población mundial que ya sufría una “pandemia” de desigualdad. ¿Por qué? Pues, porque 2.500 millones de personas sobreviven con cinco dólares al día, cientos de millones de personas no tienen agua potable ni electricidad, la mitad de personas no pueden acceder a medicamentos esenciales, y 5.200 millones no tienen un

sistema de seguridad social mínimamente adecuado. Ahora la pandemia también nos ha tocado a nosotros, y ha frenado la economía global, pero las olas de crisis post-pandémica seguirán matando más a los pobres, y especialmente a las pobres.

Entre las muchas formas de desigualdad existentes, la desigualdad de salud es la más inhumana de todas: no hay peor desigualdad que saber que enfermarás o morirás prematuramente por ser pobre. Es por ello, que a menudo decimos que la equidad en la salud, calidad de vida y bienestar es el mejor indicador de justicia social de una sociedad. Si bien es cierto que han hecho alguna fortuna frases como “es peor tu código postal que tu código genético”, el tema aún se conoce muy poco, y muy en especial en lo que se refiere a las causas que la provocan, que es un tema capital. Desde el punto de vista moral, lo peor es que se trata de desigualdades cada vez más evitables. Como comenta el filósofo Thomas Pogge, debemos valorar la capacidad de hacer frente a la pobreza en comparación con los medios que tenemos. Por ejemplo, eliminar la pobreza en 1990 habría costado el 10,5% del PIB mundial mientras que en 2013 solo habría costado el 3,3%.

Ahora que tenemos vacunas también sabemos que los países del primer mundo han acaparado prácticamente toda la producción en detrimento de los países económicamente empobrecidos. ¿Cree que puede haber solidaridad en la “nueva normalidad”?

Los medios de comunicación han creado una visión distorsionada de las vacunas generando la sensación de que la pandemia ya está casi resuelta. A corto plazo, las vacunas disponibles son seguras y efectivas, pero a medio y largo plazo todavía hay muchas incertidumbres y sabemos poco sobre las nuevas variantes de los virus. Además, el ritmo de vacunación todavía es muy lento y desigual, y puede costar mucho

tiempo hasta que toda la humanidad esté vacunada. Si dejamos de lado el siempre relevante tema de hacer una buena gestión, gran parte del problema se debe a las políticas neoliberales. Aunque las inversiones en investigación de vacunas han sido básicamente públicas, la producción y comercialización se halla en manos privadas. ¿Por qué? Por la puesta en marcha en 1995 del acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual asociados al comercio por la Organización Mundial del Comercio (OMC). La India, Sudáfrica y muchos otros países han tratado de suspender estos derechos durante la pandemia, pero la UE y los EE.UU. se han opuesto. La exitosa creación de vacunas esconde que la pandemia es un espejo de la geopolítica mundial y de cómo funciona el capitalismo neoliberal. Es necesario que las vacunas sean un bien común para la humanidad, pero para que eso ocurra será necesaria una respuesta geopolítica que libere las patentes, o una asociación de países del sur con soberanía para producir y distribuir masivamente vacunas.

Nos sentíamos invulnerables...

¿Podemos sacar algo positivo de este sentimiento de vulnerabilidad?

La pandemia deja lecciones importantes: tener más conciencia del trabajo de una clase trabajadora siempre despreciada; que la sanidad pública y los cuidados son cruciales; y que somos una especie frágil y esencialmente dependiente de los demás y de la naturaleza de la que formamos parte. Desafortunadamente, esto no es suficiente para hacer los cambios profundos que necesitamos. Vivimos en una sociedad pasiva a la que le cuesta aprender y hacer cambios. Las inercias económicas, políticas y culturales conllevan que hacer cambios profundos sea muy difícil. Vivimos en una sociedad que precariza, que genera alienación, adiciones y muerte, que nos roba el tiempo, que no deja reflexionar sobre el mundo en que vivimos. Durante la pandemia han muerto millones de personas de hambre, han muerto cientos de

miles de niños por enfermedades diarreicas... fácilmente evitables. ¿Estamos dormidos? ¿Por qué no se habla más de ello? Paulo Freire decía que la ideología dominante enmascara la realidad y nos hace miopes. El neoliberalismo no solo destruye la vida, sino que “infecta” nuestras mentes y hace difícil comprender la realidad y sus causas.

El trastorno que ha supuesto la pandemia en todo el mundo, ¿puede ser bueno para despertarnos masivamente?

Si no crece la conciencia social sobre las causas y efectos profundos de la pandemia, sobre la posibilidad de que haya nuevas pandemias, o sobre la crisis ecosocial sistémica que padecemos, será muy difícil cambiar la realidad. Olvidamos y olvidamos rápido. El historiador Jacques Le Goff decía que una de las máximas preocupaciones de las clases dominantes es “apoderarse de la memoria y del olvido”. La pandemia ha producido una conmoción general que ha cambiado la sociedad, pero eso no quiere decir que el mundo vaya a cambiar a mejor. Habrá que intentarlo, habrá que cambiar radicalmente mediante una lucha organizada, inteligente y persistente, donde sepamos juntar muchas fuerzas locales y globales. Thatcher hablaba de la TINA (*There is No Alternative*), de que no había alternativa al capitalismo neoliberal. La paradoja es que ahora no hay alternativa: o cambiamos o vamos camino del ecocidio y el genocidio.

Hará falta una transformación ambiciosa para que la humanidad no acabe colapsando... ¿Cuáles serán las claves?

La pandemia es un baño de humildad que nos debería hacer comprender que somos naturaleza, y que al dañarla también nos dañamos. Hay que resolver la emergencia climática generada por los países, empresas y clases sociales más ricas, y hacer frente a la

“Para que las vacunas sean un bien común hace falta una respuesta geopolítica que libere las patentes”

crisis ecológica que provoca que “gastemos” 1,7 planetas, y una próxima crisis de energía. Todo esto es infinitamente peor que la pandemia. El peor “virus” que tenemos es un capitalismo fosilista que necesita una acumulación constante, un crecimiento ilimitado y despojar de los bienes comunes, lo que quiere decir que la “vacuna” más efectiva debe ser un cambio político profundo. Por ello, además de hacer frente a la crisis pandémica y post-pandémica que frenen la precarización laboral y vital, y la desigualdad, y fortalecer los servicios de salud y sociales golpeados por las políticas neoliberales, hay que salir de la lógica económica y cultural de un capitalismo “tecno-feudal” –dice Varoufakis– que está en guerra con la vida. Las reformas son importantes e imprescindibles, pero muy pronto nos enfrentaremos con situaciones límite que obligarán a hacer cambios sistémicos muy profundos para evitar el colapso.

¿Vienen tiempos convulsos, pues?

El escritor Carl Amery planteó que la lucha por los recursos escasos en una tierra finita era el tema crucial del siglo, y que un grupo superior neofascista trataría de imponer una sociedad autoritaria, represiva y racista para defender su forma de vida ante grupos “inferiores”. La pandemia ha producido miedo, mucho miedo, un miedo que oculta el dolor y el malestar. Es probable que cuando el miedo se desvanezca surja con mucha fuerza un sufrimiento oculto ahora reprimido. Las consecuencias de este dolor, con un sufrimiento que se ha ido multiplicando y con la falta de expectativas laborales y vitales, puede manifestarse en forma de diversas violencias: hacia dentro, en forma de suicidio, o hacia fuera, en forma de agresividad y destrucción. En un tiempo lleno de inseguridades, miedos, pérdida de legitimidad, desconfianzas y desigualdades crecientes donde, como ya ha anunciado el FMI, aumentarán las revueltas sociales, los

movimientos populistas y neofascistas tienen un campo abonado. La alternativa es luchar por una sociedad más democrática y fraterna que tenga cuidado de la vida en todos sus niveles, con una economía homeostática y un decrecimiento selectivo y justo adaptado a los límites biofísicos de la Tierra. Tenemos que aprender a vivir mejor con muchos menos recursos y bienes y eso significa crear una sociedad no capitalista, ecofeminista y anticolonial. No será fácil. Habrá que crear una sociedad consciente y organizada, que aprenda a hacer políticas sistémicas complejas, que haga frente a los que no querrán renunciar a sus privilegios... aunque el mundo se acabe. Menciono cuatro puntos clave. Que mucha gente tome conciencia de la dimensión de la crisis actual y de que es posible vivir bien de otra manera, con mucho menos consumo, de forma más saludable, humana y realmente sostenible, con más tiempo libre y energías para aprender, crear, meditar, desarrollar relaciones más fraternas y ser más conscientes de nuestra vida y de nuestra muerte. Esto significa una reeducación ciudadana política y cultural muy profunda. Hay que seguir experimentando vivir de una manera diferente, con cooperativas de producción y consumo, nuevas formas de vida y relaciones. Es necesario disponer de grupos de análisis (*think tanks*) potentes que hagan análisis y propuestas para arrinconar las fuerzas reaccionarias y neofascistas. Y hay que juntarse, ganar fuerzas, y movilizarse sostenidamente con movimientos a la vez locales y globales, descentralizados y coordinados, ágiles, resistentes y capaces de adaptarse a los cambios y presionar a los gobiernos. ◆

INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS POR LA COMISIÓN DE REDACCIÓN DE LECTURA RECOMENDABLE DISPONIBLES EN LA RED

1. Nature “It’s time to consider a patent reprieve for COVID vaccines”

<https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-021-00863-w/d41586-021-00863-w.pdf>

Muy interesante recomposición de Nature sobre patentes y vacunas en la pandemia. El texto plantea los diferentes argumentos incluidos los de la industria farmacéutica, pero señala como las patentes no están diseñadas para la competencia en una pandemia que afecta a toda la humanidad. Recuerda que durante la 2GM la penicilina se fabricó para los soldados sin patente. El artículo además incluye la noticia de la reflexión que la administración Biden esta realizando para decidir la posibilidad de no patentar un procedimiento de desarrollo de un antígeno Si llevara a término esta alternativa sería un paso clave para la producción de vacunas sin restricciones a nivel mundial.

The international journal of science / 1 April 2021

nature

It's time to consider a patent reprieve for COVID vaccines

The pandemic is not a competition between companies and it won't end without more-equal vaccine distribution.

The world needs around 11 billion doses of coronavirus vaccine to immunize 70% of the world's population, assuming two doses per person. As of last month, orders had been confirmed for 8.6 billion doses, a remarkable achievement. But some 6 billion of these will go to high- and upper middle-income countries. Poorer nations – which account for 80% of the world's population – so far have access to less than one-third of the available vaccines.

One reason for this imbalance is that wealthier countries have been able to place substantial advance orders with the relatively small group of companies that are making vaccines, most of which are based in richer countries. Unless manufacturing and supply can be distributed more evenly, researchers forecast that it will be at least another two years before a significant proportion of people in the lowest-income countries are vaccinated.

This is why around 100 countries, led by India and South Africa, are asking fellow World Trade Organization members to agree a time-limited lifting of COVID-19-related intellectual property (IP) rights. The main vaccine suppliers, they argue, should share their knowledge so that more countries can start producing vaccines for their own populations and for the lowest-income nations.

This idea needs to be considered seriously because a temporary IP waiver could have a role in accelerating the end of the pandemic. It would also send a powerful message from richer countries and pharmaceutical companies that they are willing to forgo some profits for the greater good. The campaign for a temporary IP waiver is called the 'People's Vaccine' and is backed by non-governmental organizations, as well as the United Nations' HIV/AIDS agency, UNAIDS. Its proponents point out that many companies have already benefited from billions of dollars in public funding, through both research and development and advance purchase agreements. And that once the pandemic is over, IP protections would be restored.

But the pharmaceutical industry, richer nations and some researchers argue that temporary relief from patents won't necessarily speed up manufacturing or supply. They say it isn't clear whether the world has any spare manufacturing capacity. Even if patents did not apply, securing all the vaccine components, setting up factories, training people and passing relevant laws – all essential to vaccine delivery – could take more than a year.

An alternative to the lifting of IP, they say, is for companies to increase the licensing of their product designs in exchange for payment. This would allow vaccines to be made by many more companies. In addition, the World Health Organization is setting up a facility for companies to share their vaccine technology, skills and other know-how. Companies and richer countries also note that they are already backing a vaccine scheme called COVAX, which has secured more than 1 billion doses towards a 2 billion target for 2021 to vaccinate 20% of the most vulnerable groups in countries in need of help. However, it's not clear whether COVAX will be able to reach its full potential before some of the richer countries that are donating supplies have fully vaccinated their own people.

Richer nations were united in their opposition to the IP waiver until last week, when it emerged that the administration of US President Joe Biden is discussing its merits. One factor that could influence a change in policy is that the US government is naming on a patent application for a technology used in vaccines being made by several companies, including Moderna in Cambridge, Massachusetts.

In 2016, researchers at the US National Institute of Allergy and Infectious Diseases in Bethesda, Maryland, working with colleagues at Dartmouth College in Hanover, New Hampshire, and the Scripps Research Institute in La Jolla, California, filed a patent for a technology that manipulates the spike protein found in coronaviruses, and which can be used to develop a vaccine antigen. The United States could license this technology – or choose not to enforce the patent – once the patent is granted.

Arguably the strongest argument for a temporary waiver is that patents were never designed for use during global emergencies such as wars or pandemics. A patent rewards inventors by protecting their inventions from unfair competition for a limited time. The key word here is 'competition'. A pandemic is not a competition between companies, but a race between humanity and a virus. Instead of competing, countries and companies need to do all they can to cooperate to bring the pandemic to an end.

There is precedent for this, says Graham Durfield, who studies IP in the life sciences at the University of Leeds, UK. During the Second World War, the US government asked companies and universities to collaborate to scale up penicillin production, which was needed to protect soldiers from infectious diseases. Companies could have argued that this would affect profits, but they understood the necessity of subordinating their interests to the larger goal of saving lives and bringing the war to an end. "For a time the US produced virtually all the penicillin there was," Durfield says. "But companies did not sue each other for patent infringement and no one had any desire to hold the world to ransom by charging exorbitant prices."

The fact that the current US administration is now considering the merits of an IP waiver is important, and other countries should do the same. It might not be the best or the only way to rapidly expand vaccine supply, but it does represent an important principle. There are also when competition helps research and innovation: there are also times when it needs to be set aside for the greater good.

“ Patents were never designed for use during global emergencies such as wars or pandemics.”

Nature | Vol 592 | 1 April 2021 | 7

© 2021 Springer Nature Limited. All rights reserved.

2. Ximo Puig Cadena Ser

https://cadenaser.com/programa/2021/04/02/hoy_por_hoy/1617344701_967891.html

Las declaraciones del presidente de la Comunidad Valenciana han sido las primeras donde abiertamente se ha solicitado la adopción de medidas para garantizar la producción de vacunas mediante la aplicación de licencias obligatorias. Por este motivo interesa interesante escuchar sus declaraciones en este caso a la Cadena SER



3. Editorial de El País: “Más vacunas sin tabúes” <https://elpais.com/opinion/2021-03-28/mas-vacunas-sin-tabues.html>

Aquí por vez primera el diario El País, aunque de una forma muy matizada, se manifiesta de una manera clara sobre la necesidad de adoptar medidas para garantizar la distribución de vacunas. Este posicionamiento en una editorial marca la gravedad de la situación del proceso de vacunación que hace imposible para El País y su Consejo de Administración no reconocer la necesidad de adoptar medidas para garantizar las vacunas para toda la humanidad

4. Vídeo de Marion Aubry

<https://www.facebook.com/ManonAubryFR/>

Excelente intervención de la eurodiputada Marion Aubry en el Parlamento Europeo.

5. The Kings Fund: El camino hacia la renovación: cinco prioridades para la salud y la atención

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/covid-19-road-renewal-health-and-care>
https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202003/19_co/

Un buen informe donde se recogen y proponen las prioridades a adoptar para la salud y los cuidados. En él Anne Charles y Leo Ewbank fijan como referentes para “la Reconstrucción post-Covid 19”: la preocupación por los profesionales, la recuperación del principio de equidad, la necesidad de potenciar a los trabajadores sociales, la digitalización y un replanteamiento de las relaciones de las Instituciones con la ciudadanía.

6. Sindicatos de enfermeras de 27 países reclaman un acceso justo y equitativo a las vacunas en todo el mundo

<https://www.lavozdecordoba.es/actualidad/2021/03/16/sindicatos-de-enfermeras-de-27-paises-reclaman-un-acceso-justo-y-equitativo-a-las-vacunas-en-todo-el-mundo/>

7. Build Back Fairer: THE COVID-19 MARMOT Review The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>

Interesante informe donde se expone el incremento de las desigualdades en el Reino

Unido desencadenado por pandemia y las decisiones adoptadas

8. Una acción conjunta para una arquitectura sanitaria internacional más sólida, por Pedro Sánchez, Charles Michel, Angela Merkel, Emmanuel Macron y Boris Johnson.

<https://elpais.com/opinion/2021-03-30/una-accion-conjunta-para-una-arquitectura-sanitaria-internacional-mas-solida.html>
<https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/03/30/pandemic-treaty-op-ed/>

9. La plataforma europea para liberar las patentes #Right2Cure Covid-19 presenta su iniciativa legislativa en España

<https://www.actasanitaria.com/right2cure-covid-espana/>
<https://www.sanitikon.com/2021/04/liberar-las-patentes-compartir-las.html>



10. Carta de la sociedad civil a los 13 directivos de las empresas que manufacturan vacunas contra el COVID 19

https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb202103/61_carta/

PÍLDORAS AMARGAS

En la Comisión de Redacción de la revista nuestro querido amigo y compañero Jesus Martino planteaba al redactor de estas píldoras la posibilidad de dulcificar su sabor poniendo alguna breve nota positiva. Sin embargo es difícil encontrar actualmente este tipo de sabores en el mostrador monopolico de la industria farmacéutica. Más bien, de forma contraria, vemos con cierto asombro renovado y con la inquietud de siempre, el movimiento continuo de las “puertas giratorias”.

En esta ocasión, un nuevo ejemplo: Thomas Senderovitz Director General de la Agencia Danesa del Medicamento se ha convertido en el Vicepresidente Senior de Novo Nordisk con responsabilidad en ciencia de datos en busca de “nuevas oportunidades”.

Ha sido seleccionado, nada menos, que para implementar en Novo Nordisk algunas de las tareas que realizaba en la Agencia Danesa.

Bien, el lector podrá preguntar sin duda ¿Dónde está el problema?. Veamos muy resumidamente algunos datos. Actualmente el oligopolio de fabricación de insulina se reparte entre Novo Nordisk, Eli Lilly y Sanofi, Colleen Fuller y Audrey Farley en su libro Diabetes Inc (1) describen como estas tres empresas han moldeado la enfermedad de diabetes de acuerdo con sus interés comerciales.

La insulina es un fármaco vital para las personas con diabetes. El coste del tratamiento con insulina se ha triplicado en los últimos 15 años, causando, como señala el informe de posicionamiento de la Sociedad de Endocrinología Americana, que una gran cantidad de personas diabéticas no puedan pagar la insulina que necesitan, debiendo racionarla o bien renunciando a otras necesidades como transporte (32%), servicios públicos (30%), vivienda (27%), visitas al médico (32%) u otros medicamentos (36%). Según comenta, el anteriormente citado informe, una encuesta realizada por la Asociación Estadounidense de Diabetes, el

27% de los encuestados afirmó que los costos de la insulina han afectado su compra o uso de insulina el año pasado provocando enfermedad o incluso muertes. Además en la fijación de precios se percibe claramente la no existencia de competencia entre las tres empresas que presentan curvas de incremento similares.

Novolog, una insulina de uso común, a disposición de los pacientes desde 2001 ha aumentado su precio en un 353% entre 2001 y 2016. Humulin U500 ha aumentado de \$ 170 a más de \$ 1400.

De 2001 a 2019, el precio de Humalog aumentó 1.200% por un frasco de insulina. Esta situación extremadamente grave en USA para los pacientes diabéticos ha obligado a un posicionamiento claro como el anteriormente mencionado y a que Colleen Fuller se preguntará en un tweet reciente: “¿Está diciendo que es un shock que estas empresas nunca hayan sido acusadas con éxito de crimen organizado?”

Pues si apreciado lector ahí es donde busca Senderovitz “nuevas oportunidades“ Fuller Colleen and Farley Audrey. “Diabetes Inc.” <https://www.diabetes-inc.com/> “Endocrine Society, & q u o t ; I n c r e a s i n g I n s u l i n A f f o r d a b i l i t y A n E n d o c r i n e S o c i e t y P o s i t i o n S t a t e m e n t S u m m a r y o f S o c i e t y & # 3 9 ; s P o s i t i o n a n d R e c o m m e n d a t i o n s o n A d d r e s s i n g I n s u l i n A c c e s s a n d A f f o r d a b i l i t y” <https://www.endocrine.org> January 12, 2021.



* Ver vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=GWBLyPC6ITE>

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712



Edita: Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Plaza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid