

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

Nº. 4  
JUNIO 2021

<https://accesojustomedicamento.org/>

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

## EDITORIAL

- ¿Y la profesión médica qué?  
Roberto Sabrido Bermúdez. 3

## ORIGINALES

- El llamado pasaporte de vacunación o la  
dinámica de los valores. Javier Sánchez Caro. 6
- La Declaración de Doha de 2001. Confusión y  
mito. Xosé María Torres. 9
- El imperativo moral de prevenir, curar y  
salvar ante el determinismo de beneficios,  
mercados y patentes. Jaume Vidal. 16
- Acceso a las vacunas, razón de derechos  
humanos. María Luisa Carcedo. 19

## OTRAS FUENTES

- Para resolver la pandemia hay que ir más allá  
que la eliminación de patentes. Vicenç  
Navarro. 22
- ¿Qué podemos aprender de la liberación de  
los tratamientos del VIH en la covid-19?  
Annette Gaudino. 25
- Siete razones por las que la UE se equivoca  
al oponerse a la exención. Humans Rights  
Watch. 29
- La fijación de precios de los productos  
farmacéuticos se está convirtiendo en un  
desafío importante para los sistemas de  
salud. Morgan, Bathula y Moon. 35

- INFORMES Y DOCUMENTOS  
SELECCIONADOS 41

- PÍLDORAS AMARGAS 43

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 Iráizoz, Joan-Ramón Laporte, 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), 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](mailto: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 [accesojustomedicamentos@gmail.com](mailto:accesojustomedicamentos@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 4. JUNIO 2021. [Histórico de revistas](#).

Web amigas: [NO ES SANO](#), [SALUD POR DERECHO](#), [NO PROFIT ON PANDEMIC.EU](#), [THE PEOPLE'S VACCINE](#), [OMC](#).



**EDITORIAL****¿Y la profesión médica qué?****Roberto Sabrido Bermúdez**

Médico. Máster en Administración de Servicios Sanitarios, gerente del SESCAM 2001-2005, consejero de Sanidad Castilla-La Mancha 2005-2008, presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2008-2012, miembro del Consejo Editorial de la Revista AJM.

La actual pandemia, o mejor dicho sindemia, del SARS-CoV-2 está haciendo más visibles los graves problemas que ya teníamos sobre las enormes desigualdades sociales existentes en el acceso a los medicamentos y las vacunas.

Existe un gran consenso de que estos graves problemas de acceso a los medicamentos/vacunas se deben, fundamentalmente, al monopolio que otorgan las patentes originando precios desorbitados, inequidades en el acceso y limitaciones a la producción.

Esta sindemia ha generado tal nivel de miedo, angustia e incertidumbre que, como dice la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento en la reciente carta abierta que ha dirigido al Director General de la OMS y a los miembros representantes en la OMS en la 74 Asamblea Mundial de la Salud, “se está produciendo una movilización social sin precedentes, con la intervención de organizaciones civiles, representantes parlamentarios, gobiernos e instituciones, personalidades, etc., que con una posición unánime consideran imprescindible liberar las patentes de las vacunas para conseguir aumentar su producción y lograr que lleguen a toda la humanidad”.

Además, el mundo científico, y también ya el no científico, tienen claro que, ante una pandemia, o nos vacunamos todos equitativamente o el problema seguirá sin resolverse.

Pero en esta posición unánime de organizaciones civiles, personalidades, incluido el Gobierno de EEUU se echa en falta a la profesión médica, bien a través de su representación institucional o a través de sociedades científicas.

Recientemente se ha publicado en España la 10ª Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología realizada entre el 14 de julio y el 19 de octubre de 2020, por lo tanto, en plena pandemia Covid 19 y realizada por iniciativa de FECYT (Fundación Española para la Ciencia y Tecnología) y con el patrocinio del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Uno de los resultados que arroja dicho estudio, en el apartado referido a la imagen social de la profesión científica, es que la profesión más valorada por la ciudadanía española es la profesión médica, a la que otorga una valoración de 4,74 en una escala de 1 a 5. Esta valoración es la más alta que logra la profesión desde que se empezó a realizar esta encuesta en el año 2002 con una periodicidad bienal.

Por este prestigio social es por lo que se echa aún más en falta a los profesionales en toda esta movilización social y política, en la que se les debe exigir un plus de propuestas y actuaciones para lograr, también con su presión, el cambio en el modelo actual del monopolio de las patentes.

Haciendo un repaso a la hemeroteca y a las páginas web de instituciones y sociedades

**Roberto Sabrido Bermúdez**

científicas médicas en España no he encontrado un posicionamiento claro sobre la liberación de patentes como mecanismo para lograr una mayor producción de vacunas para hacerlas accesibles rápidamente a toda la población, y a veces, el posicionamiento es totalmente contrario a esta medida.

En la página web de la Asociación Médica Mundial ([wma.net](http://wma.net)) lo más reciente encontrado es una nota del 23 de abril de

2021 titulada “La AMM hace un llamamiento a la solidaridad internacional en la lucha contra la pandemia Covid”, en la que se señala que “la pandemia no terminará hasta que abordemos la covid en cada país, estamos en un momento de cooperación global, solidaridad y apoyo mutuo”. Como se puede ver, en esta nota, se deja todo a las buenas intenciones y caridad de los países ricos, que están acaparando las vacunas, pero no hay ninguna manifestación ni propuesta para evitar las inequidades actuales en los accesos a la vacuna.

## PROGRAMA



# VII CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

16, 17, 23 y 24 de abril 2021

Una cita con los valores de la profesión médica



#deonToledo 2021



En España en las noticias de prensa, sobre todo sanitaria, que ha recogido la opinión de Sociedades Científicas Médicas y de las que yo he podido ver, sólo la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) a través de la portavoz de su grupo de vacunas ha manifestado que “está totalmente a favor de liberar las patentes de vacunas”.

Más de una y de dos sociedades dicen que no opinan sobre el tema de la liberalización de patentes al ser un tema político, manifestando alguna de ellas que “nosotros creemos en el acceso de todos a las vacunas, pero es una cosa que nuestra entidad no puede opinar al ser un tema político”.

En este panorama, sin embargo, también hay que reseñar que un importante número de entidades y asociaciones médicas de Centroamérica y Sudamérica sí se han pronunciado a favor de la liberalización de las patentes, poniéndose también de manifiesto la diferencia de la profesión médica de países más y menos ricos.

No obstante, en España algún movimiento positivo ha habido. Así, el pasado mes de abril se presentó la Declaración de Barcelona, que ha sido suscrita entre otras entidades por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, que aboga por liberar patentes temporalmente (algo es algo) que permitan la transferencia de conocimiento y aumentar así la producción de vacunas Covid.

Es importante reseñar que, también en el mes de abril se ha celebrado, en Toledo, el VII Congreso de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos propiciado por su Comisión Deontológica Nacional. En sus conclusiones se ha recogido que el hilo conductor del Congreso ha sido que “la pandemia de Covid 19 ha reafirmado el deber, la responsabilidad y el compromiso ético de los profesionales de la medicina para con la sociedad”.

Cabe resaltar que el Comité Científico del Congreso organizó una de las mesas de

debate sobre “Justicia en el acceso a las vacunas y los medicamentos para la Covid 19”, mesa que tuve la oportunidad moderar y en la que se puso de manifiesto que las desigualdades existentes actualmente a nivel mundial en el acceso a las vacunas y medicamentos para la Covid “suponen una discriminación injustificable para una gran parte de la población, además de una gran torpeza científica”.

Asimismo, se significó que una causa fundamental de esta gran inequidad es el sistema actual de monopolio de las patentes, por lo que se consideró que “el modelo actual de patentes colisiona con principios éticos del Código Deontológico Médico”; En concreto se hizo referencia a los siguientes artículos del Código: Art 5.1 “El cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”; Art.5.2 “El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes”, y el Art.38.1” los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes, sin discriminación ninguna.

Se concluyó en este foro que, ante la actual catástrofe de la Covid 19, hay razones éticas, más que suficientes para suspender el monopolio de las patentes de las vacunas para el SARS-CoV- 2, para así, aumentar su producción y eliminar las inequidades en el acceso.

La profesión médica está por lo tanto obligada y debe aprovechar la gran valoración social que tiene para hacer más fuerte la presión para cambiar el actual modelo de patentes. La profesión médica puede y debe hacer más en este sentido, adoptando una posición activa con iniciativas y propuestas porque, entre otras cosas, a ello le obliga su propio Código Deontológico.

La Sociedad nos necesita ahora y, por lo que pueda venir en el futuro, no es momento de esconderse.

## ORIGINAL

## El llamado pasaporte de vacunación o la dinámica de los valores

**Javier Sánchez Caro**



Abogado. Profesor honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina. Miembro del Consejo Editorial de la Revista AJM.

### 1.- PLANTEAMIENTO

El pasaporte de vacunación, pasaporte COVID, certificado verde digital y, definitivamente, certificado COVID digital, según la UE, es un documento con un código QR (similar a un código de barras) en el que las autoridades de los países podrán comprobar tres informaciones: si la persona se ha vacunado, si ha pasado la enfermedad o si tiene una prueba negativa que acredite que no está infectada.

El certificado contiene información sobre el historial de vacunación COVID-19 de cada persona y los resultados recientes de pruebas PCR.

El ejecutivo comunitario propone que las personas que hayan completado la pauta de vacunación catorce días antes de un viaje y las que hayan superado la enfermedad en los últimos seis meses estén exentas de tener que someterse a pruebas de PCR ni de antígenos. En esta categoría también se encuentran, según la Comisión, quienes hayan recibido al menos una dosis de cualquiera de las vacunas aprobadas. Si no se está en alguna de las categorías señaladas, se deberá aportar una prueba diagnóstica que permita evitar la cuarentena y cuya validez se señala: 72 horas para las PCR y 48 horas para los antígenos, animando a los ciudadanos a usar más estas últimas al ser más rápidas y asequibles.

La Comisión también propone, para garantizar la unidad familiar, que los menores de edad que viajen con sus

progenitores estén exentos de cuarentena si sus padres no tienen que someterse a ella. Los menores de seis años estarán exonerados siempre de las pruebas de viaje.

La Comisión Europea propone suavizar los umbrales de los mapas del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC son sus siglas en inglés) con el fin de ayudar a reactivar los viajes. Este sistema de ECDC se basa en tres niveles que van del verde (no se establecen limitaciones a viajar) al rojo (desaconsejado salvo casos de fuerza mayor), con un naranja intermedio. Cada uno corresponde a unos valores de incidencia acumulada por 100.000 habitantes en 14 días.

Bruselas también pondrá a disposición de los países la plataforma para que éstos verifiquen los datos del certificado digital que presenten los ciudadanos a la hora de viajar, pretendiéndose que los países puedan empezar a emitir sus pasaportes vacunales desde la primera semana del mes de junio, si están preparados.

Se trata, pues, de un salvoconducto para que las personas puedan moverse sin restricciones y al que puede accederse con facilidad desde un teléfono o almacenarse en un dispositivo. Se asemeja, aunque más actualizado y digitalizado, a la tarjeta amarilla, que se empleaba, por ejemplo, para la fiebre del mismo color.

En todo caso, entraría en vigor el primero de julio y se aplicaría a los 27 Estados

Miembros, estando también disponible para los países del espacio Schengen no pertenecientes a la UE y se aprobaría mediante un reglamento de la UE, que es una norma comunitaria vinculante para todos los países. El certificado será, además, gratuito y abarcará las vacunas autorizadas por la Agencia Europea del Medicamento, si bien los Estados podrán decidir si aceptan otras vacunas (en concreto, España ha planteado la admisión de las autorizadas por la Organización Mundial de la Salud).

No se discrimina a las personas que no están vacunadas, puesto que el certificado no se convierte en una condición previa a la libre circulación, sino que facilita el derecho fundamental. Las personas que no reúnan los requisitos pueden ejercer su derecho a la libre circulación con las limitaciones correspondientes, como la realización de pruebas o la cuarentena y el autoaislamiento.

## 2.- EL CONFLICTO DE LOS VALORES

Los hechos relatados pueden suscitar estimaciones que nos hagan preferirlos o rechazarlos. Aceptarlos por razonables o repudiarlos por interferir en otros valores importantes que se desprecian y que deben ser objeto, también, de contemplación adecuada, pues los criterios que se han expuesto pueden no realizar una ponderación conjunta de todos ellos. Dichas apreciaciones son los valores. El caso que se plantea es un auténtico conflicto de valores en el que se observa cierta incertidumbre en los hechos, su dinamicidad y lo difícil que es jerarquizarlos cuando no se pueden compatibilizar, como se observa al describir sus ventajas y sus inconvenientes

**VENTAJAS:** Marcará un antes y un después para el turismo español. Se prevé que lleguen 40 millones de viajeros (la mitad que en 2019) y detenga en parte la ruina a la que, por ejemplo, podrían estar abocados los servicios de hostelería, con pérdidas de miles de millones, evitando, además, la sangría

presupuestaria actual, traducida en diversos procedimientos de ayudas para evitarlo (ERTES, etc.). Además, con carácter general, no solo puede reactivar el turismo de los países, sino también el comercio y el trabajo.

Se trata, pues, de facilitar la libertad de movimientos de la ciudadanía y de consolidar un “valor económico”, que en un amplio sector de la población (la española desde luego) es sentido como un valor crucial para rehacer dignamente sus vidas, sin ignorar los riesgos que entraña (luego se hará referencia a los peligros) pero que se estiman de rango inferior (jerarquización), pues la población, en julio, se espera que tenga un alto nivel de vacunación y, sobre todo, ya habrán sido vacunados los de mayor riesgo (mayores, sanitarios, servicios esenciales, cuidadores, etc.)

**INCONVENIENTES:** la vacuna no es obligatoria en la UE, por lo que exigir el certificado es incongruente y discriminatorio; hay personas que no pueden vacunarse (alergias, problemas médicos, embarazadas, menores y jóvenes y adultos a los que no ha llegado la vacuna).

El resultado negativo se carga al certificado, pero las pruebas, según los conocimientos científicos actuales, no son concluyentes: las vacunas no son cien por cien eficientes y pueden no ser efectivas contra las nuevas variantes del Covid 19.

En concreto, las variantes de rápida propagación del coronavirus llevan mutaciones que les permiten escapar de parte de la respuesta inmune creada naturalmente o mediante la vacunación (estudio en la Revista *Science*, por científicos de EE. UU, Alemania y Países Bajos. “El País” 26 de mayo de 2021, en donde se da noticia de otros trabajos científicos en el mismo sentido). En cambio, en otro trabajo publicado en el mismo rotativo, se afirma que los infectados pueden generar anticuerpos contra el coronavirus durante el resto de su vida (publicado en Nature, “El

Pais”, 2 de junio), si bien se desconoce si el sistema inmune podrá neutralizar las nuevas variantes que vayan surgiendo con el tiempo, pues todo depende de cuanto cambie la secuencia genética del virus.

Como dice AMARTYA SEN, la riqueza perdida podría recuperarse más o menos rápidamente, pero eso no devolverá la tragedia de que tanta gente haya muerto”. Se recuerda a este respecto que, a 1 de junio, la tasa en España alcanza a 120 casos por 100.000 habitantes, (4. 388 nuevos contagios y 30 nuevos fallecimientos), por lo que la incidencia, aunque continua en descenso, experimenta una cierta estabilización.

Además, los Estados deben hacer frente con las ayudas correspondientes a los sectores damnificados, pero siempre dando preferencia a la salud sobre la economía (jerarquización establecida con carácter general)

Según la OMS (21 de abril) no es recomendable exigir un certificado como condición de entrada, dada la evidencia limitada (aunque creciente) sobre el desempeño de las vacunas en la reducción de la transmisión y la persistente inequidad en su distribución mundial.

Se pueden crear espacios de élite. El paso siguiente es exigir el certificado para trabajar o para ir a la universidad. Existe riesgo de falsificación y, por último, se asume un peligro muy alto de atentar contra la intimidad (acceso al historial médico) y menoscabar la protección de datos.

### 3.- CONCLUSIÓN

El caso expuesto pone de manifiesto la bipolaridad a que están sometidos los conflictos de valores (frente a un valor se puede enfrentar el contrario), la conflictividad que se genera en su seno y la pluralidad que existe en las sociedades libres para su apreciación, siendo difícil, por tanto, su jerarquización.

En el caso del COVID-19, el mundo se ha dividido entre los países ricos y los pobres.

En los primeros, los avances en vacunación han determinado la opción en favor del valor economía con subordinación de los restantes y con olvido de la afirmación repetida de que ningún país estará a salvo hasta que todas las personas estén vacunadas, con independencia del lugar donde vivan (se recuerda el problema de las mutaciones), por lo que son valorables las iniciativas de diferentes países, como la India y Sudáfrica, secundadas por más de cien países (entre ellos EE. UU y España), con el objetivo de suspender temporalmente los derechos de propiedad intelectual sobre las patentes, transferir la tecnología y permitir la fabricación y distribución de las vacunas a precio de coste para hacer frente al cúmulo de muertes y secuelas en los países pobres. Añádase, además, que esta forma de actuar repercute de manera positiva, necesariamente, en favor de los países ricos.

En el mundo occidental han contribuido, además, otras causas: el cansancio del confinamiento; los efectos letales o graves, que afectan, fundamentalmente, a un sector determinado de la población (los de mayor edad; otra cosa hubiera sido que afectara, por ejemplo, a los niños); el difícil sacrificio impuesto a la gente joven, unido a la dificultad para insertarse en la comunidad con un trabajo digno y estable, y la crisis de valores profundos que impulsa a un hedonismo instantáneo, apreciado como sucedáneo de felicidad.

Queda al juicio del lector apreciar si, como consecuencia de lo expuesto, la jerarquía de los valores ha sufrido un cambio notable.

### REFERENCIAS

<https://accesojustomedicamento.org>

[https://noessano.org/es/wp-content/uploads/2021/05/Informe Vacunas NES-2.pdf](https://noessano.org/es/wp-content/uploads/2021/05/Informe_Vacunas_NES-2.pdf)

En cualquiera de los dos vínculos se puede obtener bibliografía pormenorizada

## La Declaración de Doha de 2001. Confusión y mito

**Xosé María Torres**



Portavoz de patentes de Farmamundi. Farmacéutico especialista en Farmacia Industrial y Galénica.

La aparición y difusión a finales de 2019 del virus SARS-CoV-2 ha resultado en pandemia de covid-19 que asola al mundo causando muertes y un fortísimo impacto en los sistemas sanitarios de todos los países. Es sin duda el desafío sanitario más importante de las últimas décadas en los países ricos del planeta, si bien no hay que olvidar que en los países en desarrollo otras enfermedades como el sida, paludismo y tuberculosis siguen provocando más muertes.

### 1. Batalla de patentes

Desde la aparición de la primera vacuna contra la covid-19, la de Pfizer/BioNTech, autorizada por la FDA el 11 de diciembre de 2020 (¡un éxito terapéutico!) la atención en nuestro entorno occidental se ha fijado en las vacunas. Si bien su producción está aumentando, es claramente insuficiente, y hay un intenso debate en relación con sus derechos de propiedad intelectual (DPI), que comprenden las patentes y otras materias (derechos de autor, secretos industriales, diseños, etc.).

La disputa aparece tras otras propuestas infructuosas, como declarar a las vacunas Bienes Públicos Globales, o la iniciativa C-TAP, el *Acceso Mancomunado a Tecnología contra COVID-19* (un fondo con el que la OMS buscaba repetir el relativo éxito que tuvo el pool de patentes para el sida que gestiona UNITAID), y llega al órgano clave: el Consejo de los ADPIC, el acuerdo sobre los *Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio*, uno de los acuerdos fundacionales -y fundamentales- de

la OMC desde su constitución en 1994 en Marrakech (Marruecos). El impulso ha corrido a cargo, una vez más, de India y de Sudáfrica, abanderados de los países en desarrollo, que han propuesto suspender los DPI de medicamentos, vacunas y tecnologías de uso contra la covid-19 mientras dure esta pandemia.

Los acuerdos en la OMC se adoptan por consenso de todos sus miembros, por lo que se requieren múltiples negociaciones para lograr un objetivo, si bien es posible la aprobación de una propuesta con el apoyo del 75% de los 164 países miembros, es decir, 123. Los países ricos: EEUU, la UE, Suiza, Japón... con algún aliado incongruente como Brasil (¿influencia del negacionista Bolsonaro?), se habían opuesto. Pero, de forma sorpresiva, el pasado 5 de mayo la Representante de Comercio Exterior de EE.UU., Katherine Tai, mostró su apoyo a la propuesta de India y Sudáfrica por la necesidad de aumentar la producción de vacunas para acabar con la pandemia en todo el mundo, lo que ha llevado a otros países a alinearse con esta idea.

Más allá de la forma en que se materialice la aprobación de esa propuesta en el Consejo de los ADPIC, este debate trae al recuerdo lo ocurrido hace 20 años en el seno de la OMC con la llamada *Declaración de Doha de 2001*, que en el ámbito del acceso a medicinas para países en desarrollo se ha convertido en un mito, y sobre la que hay no pocas confusiones por tratarse de materias de no fácil dominio como son la propiedad intelectual y las patentes, su alcance,

características, limitaciones y salvaguardas, y por coincidir en esa época diferentes iniciativas que favorecieron el acceso a medicamentos.

## 2. Antecedentes de la Declaración

Tras la aparición del VIH/sida en 1981 no se dispuso hasta 1987 de un medicamento eficaz, el AZT o zidovudina, un inhibidor de la transcriptasa inversa. Desde entonces pasarían 10 años, hasta mediados de los años 90, para la aparición de los inhibidores de la proteasa (IP), un salto importantísimo en el arsenal terapéutico contra esta enfermedad. Si la polémica mundial por la falta de acceso al AZT era grande, con la llegada del ritonavir, nelfinavir y resto de IP, el escándalo adquirió proporciones mayores, por ser su precio inalcanzable para pacientes y sistemas sanitarios de los países en desarrollo, lo que condujo a la muerte de decenas de millones de personas.

De hecho, durante años la OMS ni siquiera se atrevía a incluir en su lista de medicamentos esenciales (LME) -que actualiza cada 2 años- a los antirretrovirales (ARV) de nueva generación (inhibidores de la transcriptasa e inhibidores de la proteasa), que iban comercializándose, y solo incluía el AZT, de eficacia reducida y con importantes efectos secundarios, mientras otros 11 fármacos contra el VIH/sida, debido al estatus de sus patentes y a su precio astronómico, permanecían ausentes de la lista. El catalogar a los nuevos ARV de *medicamentos esenciales* era sin duda un apoyo moral muy importante para tratar de hacerlos accesibles a los enfermos de países empobrecidos, en especial de África subsahariana. Finalmente, en 2002 la OMS los incluyó en la LME, al cambiar su criterio de inclusión.

Algunos de estos países empezaron a tomar medidas para superar esta falta de acceso; uno de ellos fue Sudáfrica (Bergel, 2020), uno de los países más castigados por el sida, cuyo Parlamento aprobó, el 31 de octubre de 1997, la *Medicines and Related Substances Control Act* n.º 90 de 1997, que permitía reducir los

costes de los medicamentos en la asistencia pública y privada, mediante la competencia por genéricos o su importación paralela desde países como la India. El Presidente Nelson Mandela sancionó el 25 de noviembre de ese año dicha ley, entrando en vigor.

El 18 de febrero de 1998, la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos (PhMA) y 41 multinacionales recurrieron ante la justicia sudafricana alegando que la ley era inconstitucional y contraria a la Ley sudafricana de Patentes de 1978 y al artículo 27 de los ADPIC. El proceso provocó una movilización mundial de organizaciones de la sociedad civil, en la que destacó la Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC), organización sudafricana defensora de personas que viven con sida. En abril de 2001, ante la ola mundial de protestas (y tal vez el debate latente en la OMC) las empresas retiraron su recurso.

Al tiempo, otras polémicas se sucedían, como las presiones, en enero de 2000, de la patronal de EE.UU, la *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (PhRMA), ante el Representante de Comercio de ese país (USTR) por el supuesto incumplimiento de las reglas de DPI en Argentina, Brasil, India y Egipto, por la aplicación de controles de precios y expedición (Moreno, 2015) de licencias obligatorias (LO) para permitir la producción genérica de medicamentos. Cuatro meses después, el USTR incluyó a Argentina y Brasil en la *Special 301 Priority Watch List*, una lista de vigilancia de países a los que EE.UU. podría aplicar represalias comerciales.

## 3. Declaración de Doha de 2001 y consecuencias

Por todo ello el Grupo Africano llevó el debate al seno de la OMC. Las intensas negociaciones concluyeron el 14 de noviembre de 2001 en la 4ª Conferencia Ministerial, su máximo órgano de decisión, reunida en Doha (Qatar). Allí se adoptó, por consenso, la *Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*, para

dar respuesta a los problemas que afrontaban países en desarrollo por la incidencia de VIH/sida, paludismo, tuberculosis y *otras epidemias* (¡una adición muy importante!). La Declaración está compuesta por 7 párrafos y 645 palabras (en español), y de ella destacamos:

a) Los países en desarrollo miembro tienen derecho:

- A conceder licencias obligatorias (LO) y a determinar con libertad las condiciones. Todo ello sin necesidad de una negociación previa con la empresa.

- A determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia.

- A realizar importaciones paralelas

b) En cuanto a los países desarrollados:

- No podrán recurrir la aplicación de estos mecanismos ante la OMC, ni ante un Grupo Especial o Panel ni ante el Órgano de Solución de Diferencias (OSD), el máximo nivel de resolución de conflictos.

- Si someten una queja a un Panel de la OMC será el demandante quien tenga la carga de la prueba.

Esta Declaración iniciaba la *Agenda de Doha para el Desarrollo*, que en 2008, -ante la llegada de la crisis financiera internacional originada por las hipotecas *subprime* de EE.UU.- terminó sin avances relevantes para los países pobres.

*Secuelas*

La Declaración reconocía el derecho de los países en desarrollo de otorgar LO para fabricar libremente *en el interior de cada país* aquellos medicamentos que considerasen oportunos. Esto dejaba fuera a los países en desarrollo con escasa o nula capacidad de fabricación, y de forma más rotunda a los países menos adelantados (los PMA, unos 50 países empobrecidos, todos de África y Asia-Pacífico, además de Haití), por lo que la Declaración contenía asimismo:

- Un **compromiso** (párrafo 7), acorde al *art. 66 de los ADPIC*, de *«fomentar la transferencia*

*de tecnología a los países PMA»*. En la práctica, un brindis al sol.

- Un **mandato** (párrafo 6) al Consejo de los ADPIC para buscar una solución para estos países. Esto se concretó el **30 de agosto de 2003** mediante una **Decisión del Consejo General de la OMC** (el 2º nivel de autoridad tras la Conferencia Ministerial), acompañada de una **Declaración** del Presidente del Consejo de los ADPIC que precisaba ciertos puntos. Esta decisión temporal otorgó *el derecho a realizar importaciones paralelas desde países con capacidad de producción* (en especial India), y fue incorporada de forma definitiva a los ADPIC como art. 31 *bis* mediante el **Protocolo de 6 de diciembre de 2005**, la primera modificación de un acuerdo de la OMC. La enmienda, sometida al proceso habitual de los acuerdos internacionales de ratificación posterior por cada país, pasó a ser definitiva el 23 de enero de 2017 una vez confirmada por dos tercios de los miembros de la OMC.

Desde 2001, al menos 32 países han aplicado LO en 63 ocasiones:

- De 2001 a 2009: 44 ocasiones
- De 2010 a 2021: 19 ocasiones

si bien hay que indicar que en algunas ocasiones un solo país ha concedido a la vez varias LO, en especial para medicamentos ARV.

De los 32 países, esta ha sido la distribución geográfica:

Zona geográfica	Número de países
Asia	12
África	10
Europa	6
América Central o Sur	4
<b>Total</b>	<b>32</b>

Un último detalle de interés es que incluso tres países de renta alta, Alemania, Israel e Italia, han concedido LO en estos años.

## LICENCIAS OBLIGATORIAS O DE USO GUBERNAMENTAL DE MEDICAMENTOS PATENTADOS

Año	País	Fármaco	Medicam / empresa	LO / UG*
2021	Ecuador	Raltegravir	Isentress (MSD)	LO
2021	Rusia	Remdesivir (Covid-19)	Veklury (Gilead)	LO
2020	Hungría	Remdesivir (Covid-19)	Veklury (Gilead)	UG
2020	Israel	Lopinavir/ritonavir (Covid-19)	Kaletra (AbbVie)	UG
2019	Rusia	Sunitinib	Sutent (Pfizer)	LO
2018	Rusia	Lenalidomide	Revlimid (Celgene-BMS)	LO
2017	Malasia	Sofosbuvir	Sovaldi (Gilead)	UG
2016	Alemania	Raltegravir	Isentress (MSD)	LO
2014	Congo	Varios ARV		UG
2014	Ecuador	Etoricoxib	Arcoxia (MSD)	LO
2014	Ecuador	Micofenolato sódico	Myfortic (Novartis)	LO
2014	Ecuador	Sunitinib	Sutent (Pfizer)	LO
2014	Ecuador	Certolizumab	Cimzia (UCB)	LO
2013	Ecuador	Ritonavir	Norvir (AbbVie)	LO
2013	Ecuador	Abacavir/lamivudine	Trizivir (ViiV)	LO
2013	Gabón	Varios ARV		UG
2012	India	Sorafenib tosilato	Nexavar (Bayer/Onyx)	LO
2012	Indonesia	Varios ARV		UG
2010	Ecuador	Ritonavir	Norvir (AbbVie)	UG

LO = Licencia obligatoria; UG = Uso gubernamental

**Fuente: South Centre**

La Decisión de 2003 representó en parte una victoria de los países más pobres, pero en la práctica contenía tantos requisitos y condiciones, detalladas en múltiples apartados (1 protocolo y 3 anexos, con 18 apartados y 11 subapartados, con un total -en español- de 2.163 palabras), en realidad trabas, que fue un absoluto fracaso. Por citar solo alguno de los requisitos:

a) el país exportador debía tener en su legislación interna leyes que

permitiesen LO para la exportación de medicinas (debe recordarse que las LO originalmente son para *uso mayoritario dentro del propio país*)

b) si ello no era fácil, la segunda condición, que el país importador también tuviese una legislación sobre LO es un requisito sin duda laborioso cuando hablamos de países PMA como Benín, Burkina Faso, Chad o Haití.

- c) Cada nuevo envío, incluso del mismo medicamento, requiere nuevas licencias específicas de exportación e importación, comunicadas previamente a la OMC.

La prueba de ello es que en 18 años la Decisión solo fue aplicada por un único país, Rwanda, para importar de Canadá, del laboratorio Apotex, una única partida de TriAvir, un ARV. ¡Pero tardó 27 meses (2005-2008) en implementar todo el proceso! Otros intentos de Nepal, por ejemplo, decayeron por inviables.

Un fracaso similar ha obtenido el reglamento europeo (CE) 816/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de mayo de 2006, que permitiría conceder LO para exportar genéricos a países en desarrollo con problemas de salud pública. Ningún país en vías de desarrollo ha podido hacer una importación paralela desde alguno de los 27 países de la UE en sus 15 años de vigencia.

Hay que decir que las **importaciones paralelas despiertan un grandísimo recelo en las multinacionales farmacéuticas**; si observan las LO con cierta flema es porque su logística se desarrolla dentro de un único país, pero las importaciones paralelas conllevan una logística internacional, y con ello la posibilidad **-nunca demostrada-** de la desviación de esos medicamentos a mercados de los países ricos, su máximo temor y preocupación.

#### 4. Confusión sobre Doha

La Declaración de Doha tuvo cierta utilidad y varios países la aplicaron para producir o importar medicamentos, en especial ARV. Con todo, la expansión mundial del tratamiento contra el VIH/sida estuvo a cargo, fundamentalmente, de los programas internacionales de ayuda como el Fondo Mundial, ONUSIDA, UNITAID y otros, como el mismísimo PEPFAR (“Programa de emergencia de lucha contra el sida del

Presidente de EE.UU.” lanzado en 2003 por George Bush), que entregaron de forma gratuita *a partir de 2001 los ARV producidos en la India*.

Esta dualidad ha llevado a una cierta confusión, relativamente habitual, en torno a la declaración de Doha, erróneamente mitificada, al producirse en 2001 la coincidencia de dos acontecimientos:

- La propia *Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*.
- La oferta internacional de ARV genéricos a bajo precio lanzada por el laboratorio indio CIPLA (El País, 2001, El Mundo, 2001).



**Dr. Yusuf Hamied (izquierda) recibiendo el premio Padma Bhusan del presidente de la India Dr. Avul Pakir Jalnulabdeen Abdul Kalan, en 2005. Imagen de Muhamed-tawiki, bajo licencia de Creative Commons**

Esa coincidencia no implica relación; de hecho la Declaración de Doha es de noviembre de 2001, mientras que la propuesta de CIPLA, laboratorio indio con base en Bombay, formulada por su presidente, el Dr. Yusuf Hamied (¡al que algún día habría que hacerle un monumento o darle el Premio Nobel de la Paz por la cantidad de vidas salvadas en todo el mundo!) para fabricar varios anti-VIH es anterior, de febrero de 2001. En ese mes ofreció una triterapia antiVIH/sida de lamivudina-nevirapina-estavudina (con patentes originales de GSK, Boehringer Ingelheim y BMS respectivamente) a

gobiernos y a ONG como MSF a un precio inferior a 1.000 \$/paciente.año, es decir una décima parte del precio habitual de mercado. En el documental *Fire in the Blood* (2013), del director indio-canadiense Dylan Mohan Gray, puede verse como Yusuf Hamied describe con detalle esa oferta.

Para mayor claridad, la Declaración de Doha de 2001 confirmaba las flexibilidades ya existentes en los ADPIC, como las LO, el uso gubernamental y las importaciones paralelas, etc., pero es preciso reiterar que *India en 2001 no necesitaba conceder LO*, pues desde 1970 su ley de patentes excluía de forma expresa los productos farmacéuticos. Además, al constituirse la OMC se habían establecido periodos de transición o moratorias para la aplicación de los DPI, entre ellos:

- a) Países en desarrollo (como India): 2005.
- b) Países menos adelantados (PMA): 2012, fecha posteriormente prorrogada a 2016, 2021 y 2033 en la actualidad.

Por ello, CIPLA llevaba fabricando anti-VIH desde los años 90, e India podía producir libremente cualquier fármaco. Únicamente, tras su adhesión a la OMC debía admitir entre 1996 y 2004, por el sistema *mail box*, la presentación de solicitudes de patentes de nuevos medicamentos, examinarlas a partir de 2005, y -si la patente fuese entonces aprobada- conceder unos derechos exclusivos de comercialización (DEC) de 5 años. Pero incluso en 2005, al reformar su ley para admitir las patentes de medicamentos, India excluyó, mediante el artículo 3 d), la concesión de patentes sobre inventos o avances triviales, como fue el caso del mesilato de imatinib (Glivec) de Novartis, usado en la leucemia mieloide crónica.

A día de hoy India sigue siendo la *farmacia del mundo en desarrollo*, y su sector farmacéutico, como se está viendo con el Instituto Serum en la fabricación de vacunas para la covid-19, es potente, competitivo y de calidad.

## El papel del South Centre

El Centro del Sur es un organismo intergubernamental fundado en 1995 y formado por 54 países en vías de desarrollo. Con sede en Ginebra (Suiza), es poco conocido pero está teniendo un papel clave en la promoción del acceso a la salud frente a los privilegios que otorgan las patentes de medicamentos y en la formación del personal de las oficinas de patentes en los países en vías de desarrollo. Sobre esto último ha iniciado con ***Propiedad intelectual y acceso a medicamentos: una introducción a cuestiones clave – algunos términos y conceptos básicos***, una nueva e importante línea de publicaciones.

Su director ejecutivo desde julio de 2018 es Carlos Correa, profesor de la universidad de Buenos Aires y académico de renombre con profundo conocimiento de temas como el comercio internacional, la propiedad intelectual, la salud y la transferencia de tecnología a países en desarrollo. Asimismo, cuenta entre su personal a Germán Velásquez, asesor especial de salud y desarrollo, economista colombiano de amplia trayectoria en el ámbito de los medicamentos esenciales, tras su trabajo en la OMS. Velásquez es asimismo titular de la Cátedra Farmamundi de la Universidad Complutense de Madrid.

El Centro del Sur muestra una labor activa en el estudio y análisis de las regulaciones internacionales sobre medicamentos y propiedad intelectual, difunde herramientas para la aplicación de las LO -como la *Guía para la concesión de licencias obligatorias y uso gubernamental de patentes farmacéuticas* (Correa, 2020)- y asesora a gobiernos y funcionarios de países en desarrollo sobre los criterios de patentabilidad. En varios informes ([South Centre, 2011](#)) ha analizado el impacto de la Declaración de Doha, afirmando que tiene «aspectos muy positivos», pero insuficientes, a la vista de los resultados.

Queda mucho camino por recorrer para que los países en desarrollo tengan un acceso

adecuado a los medicamentos más necesarios para combatir las enfermedades. La declaración de Doha fue en su momento, junto con otras iniciativas, un paso adelante, pero debe ser bien conocida y no mitificada, para que nuevas propuestas -como el nuevo tratado de pandemias que proyecta la OMS- consigan que los medicamentos y la salud no sean una simple mercancía.

NB: en los casos en que se habla en este artículo de concesión de *licencias obligatorias* para uso en el interior de un país, debe entenderse que comprende también al *uso gubernamental*.

### Bibliografía

- Bergel, Salvador y Bertomeu, María Julia (2020). “*Medicamentos esenciales, patentes y licencias obligatorias: Doha no es la respuesta*”. Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason 65, 2020, 75-84
- Correa, Carlos M. (2005). El acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a medicamentos en los países en desarrollo. *Sur, Rev. int. derechos human.*, Nº 3 Año 2, 26-39.
- Correa, Carlos M. (2020). *Guía para la concesión de licencias obligatorias y uso gubernamental de patentes farmacéuticas*. Documento de investigación nº 107. South Centre. Ginebra
- Moreno Gómez, Francisco. (2015) “*Patentes del sofosbuvir. Litigios. Licencias obligatorias.*”, in Costas, Enrique. y Torres, Xosé María (ed.) (2015): *Hepatitis C. La revolución de los pacientes*. Valencia, Farmamundi.
- Nwobike, Justice C. (2006) “*Empresas farmacéuticas y acceso a medicamentos en los países en desarrollo: el camino a seguir*”. *Sur, Rev. int. derechos human.*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 126-143.
- “*Una empresa farmacéutica india ofrece el cóctel contra el sida a 178 pesetas por día*”. *El País*, 8.02.2001. Consultado 25.05.21 en: [https://elpais.com/diario/2001/02/08/sociedad/981586814\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2001/02/08/sociedad/981586814_850215.html)
- “*SIDA. La patente o la vida*”. *El Mundo*, 17.03.2001. Consultado 25.05.21 en: <https://www.elmundo.es/salud/2001/426/984565143.html>
- South Centre (2011). *El estado de la aplicación de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública diez años después de su adopción. Informe sobre políticas* Nº 7, 1 de noviembre de 2011.
- Velásquez, Germán (2021). *Propiedad intelectual y acceso a medicamentos: una introducción a cuestiones clave – algunos términos y conceptos básicos*. Material de capacitación nº 1. Ginebra, South Centre.



**Distribución de medicamentos en Haití. Imagen Farmamundi.**

## ORIGINAL

## El imperativo moral de prevenir, curar y salvar ante el determinismo de beneficios, mercados y patentes

**Jaume Vidal**

Asesor Senior de Políticas de Proyectos Europeos de Health Action International (HAI).  
[jaume@haiweb.org](mailto:jaume@haiweb.org)



El acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias como vacunas o kits de diagnóstico constituye un eje básico para el cumplimiento del derecho humano a la salud y uno de los mayores desafíos para su realización por parte de Estados y actores asociados. Se trata de una cuestión compleja, con diversas causas y diferentes factores a tener en cuenta, desde la propia estructura del actual modelo de Investigación y Desarrollo (I+D), esencialmente mercantilista, a la estructura y estado de los sistemas nacionales de salud pasando por las desiguales capacidades para la producción farmacéutica a escala global. El acceso a medicamentos refleja hasta cierto punto los desequilibrios e inequidades que caracterizan el ordenamiento político global y se reproducen en un creciente número de sociedades nacionales.

Desde Health Action International (HAI) llevamos cuatro décadas centrados en mejorar las condiciones de acceso a medicamentos de todos y todas aquellos y aquellas que puedan necesitarlo durante el tiempo que sea necesario en condiciones óptimas y asequibles. Es la nuestra una visión holística del ciclo del medicamento que busca una interpretación coherente de las diversas etapas del proceso: investigación, desarrollo, producción, suministro y acceso.

En todas ellas se hace necesaria una perspectiva que, desde la sociedad civil independiente, asegure el interés común, sea este la salud pública o la dignidad humana.

En un contexto como en el actual, donde una pandemia de escala global amenaza por igual a Norte y Sur resulta pertinente resaltar que muchos de los elementos que hoy nos preocupan respecto a la producción, suministro y acceso a vacunas no son nuevos ni se dan en el vacío. Se trata, en su mayoría, de elementos estructurales que vienen afectando las condiciones de acceso a tecnologías sanitarias para millones de personas, a menudo con consecuencias finales.

Distinguimos en primer lugar la falta de jerarquía de las necesidades sanitarias de las mayorías en una agenda de I+D biofarmacéutica marcada por los retornos comerciales; fenómeno acentuado en la última década con las fusiones de grandes compañías farmacéuticas y la creciente influencia del capital financiero especulativo en el mercado farmacéutico. Se conoce como fallos de mercado, aquellas áreas que no abrigan presunto beneficio para las compañías farmacéuticas sean antibióticos o, hasta febrero de 2019, vacunas.

El segundo elemento en consideración son los Derechos de Propiedad Intelectual, reconocidos en patentes concedidas por autoridades estatales, cuya protección y explotación son no solo parte integral del actual modelo de I+D sino igualmente un factor clave para entender algunos movimientos empresariales en el sector farmacéutico en los últimos quince años: no se adquieren o fusionan empresas, se controlan patentes y el capital que antaño se dedicaba a la investigación ahora puede ser destinado a adquirir los derechos de explotación de una molécula desarrollada por otra empresa menor.

La explotación de los derechos de propiedad intelectual constituye actualmente parte de la estrategia empresarial de las compañías farmacéuticas. Así, lo que en su origen se concibió como una recompensa a la innovación se ha convertido en un obstáculo para el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias debido al uso excesivo y abusivo por parte de los titulares de las patentes.

Resulta necesario destacar como los intentos de países del Sur global, acompañados por la sociedad civil organizada, para conciliar de alguna manera sus necesidades sanitarias con los dictados del comercio mundial expresados a través de los acuerdos fundacionales de la Organización Mundial del Comercio (OMC) como el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual aplicados al comercio (ADPIC) no han dado frutos satisfactorios a pesar de hitos como la Declaración de Doha de 2001. La utilización por parte de países con menores ingresos de excepciones (conocidas como flexibilidades) reconocidas en el acuerdo es, en la gran mayoría de los casos, entorpecida y objeto de presiones por parte de la industria farmacéutica y países afines, en ocasiones por fuera de los conductos institucionales de arreglo de diferendos en el seno de la OMC.

El tercer y último elemento que contribuye a entender la actual tesitura se refiere a la falta de transparencia que de forma endémica

afecta a elementos claves del ecosistema farmacéutico como son precios de medicamentos y vacunas, agudizada con la consolidación de nuevos modelos de contrato para la compra de medicamentos y tecnologías sanitaria desde la comercialización de Sofosbuvir. En un mercado caracterizado por enormes asimetrías de información, las compañías farmacéuticas se benefician, en la negociación con Estados y organizaciones, de la ausencia de información fiable sobre los precios ofertado. Igualmente, no es posible comprobar de manera independiente las razones que la industria esgrime para justificar los altos precios como son los recursos financieros supuestamente invertidos en su desarrollo.

A estas condiciones, que podríamos considerar preexistentes, se le han añadido dos fenómenos interrelacionados que, sin ser nuevos, sí han adquirido un relieve mayúsculo. Por un lado, la debilidad de las estructuras multilaterales de gobierno y deliberación sobre salud global especialmente la Organización Mundial de la Salud, por el otro la consolidación de nuevos modelos institucionales de intervención caracterizados por una contribución y presencia creciente del sector privado en detrimento del monopolio de Estados y la participación de la sociedad civil. La pandemia ha colocado a organizaciones como CEPI o GAVI en el centro de la respuesta global, muy especialmente con la puesta en funcionamiento de la iniciativa Covax. Por último, cabría añadir otro factor que ha afectado de manera sustantiva la capacidad de respuesta global a la pandemia y es la profunda (y en ocasiones desacomplejada) falta de solidaridad real mostrada por aquellos países con mayores capacidades financieras quienes se aseguraron el acceso a millones de dosis de vacunas cuando estas aun estaban en fase de desarrollo.

Desde HAI hemos mantenido desde los primeros compases de esta crisis la necesidad de una respuesta concertada entre todos los

actores, a escala global y anclada en los principios morales de dignidad, igualdad y solidaridad recogidos en los principales instrumentos internacionales para la protección y defensa de los derechos humanos. Nuestro mensaje sobre asegurar el acceso a vacunas y otras tecnologías sanitarias a personal de salud y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad en otros continentes era y sigue siendo más urgente que la situación de franjas poblacionales sin riesgo añadido en nuestras comunidades y Estados vecinos no ha conseguido transpirar la discusión pública, ni el contexto holandés ni el ámbito europeo. Tal fracaso debería constituir un motivo de reflexión sobre el papel y capacidad de la sociedad civil en las sociedades occidentales.

Hay que valorar aquellas iniciativas que han intentado responder a la excepcionalidad de la pandemia con nuevas formas de intervenir, gestionar y actual sobre los factores previamente enumerados. destacaríamos dos: en primer lugar el establecimiento por parte de la OMS de la plataforma para la gestión mancomunada de Tecnologías para el Covid-19 (C-TAP), una propuesta de Costa Rica, apoyada por cerca de 40 países así como institutos de investigación y Organizaciones no Gubernamentales, que busca aglutinar aquellos conocimientos, informaciones y datos necesarios para la producción de vacunas, medicamentos y test de diagnóstico, su licenciamiento y aumentar exponencialmente las capacidades de manufactura una vez superados los límites impuestos por patentes y otras formas de protección de propiedad intelectual; en segundo lugar, el proyecto presentado en Octubre de 2020 en la Organización Mundial del Comercio (OMC) por parte de la India y Sudáfrica de una propuesta para una exención temporal sobre la aplicación del algunos artículos del ADPIC sobre la producción, comercio y distribución de tecnología sanitarias necesarias para la lucha contra la pandemia. Resulta muy ilustrativo observar la evolución de ambos procesos para comprender las razones subyacentes al actual desequilibrio

en el acceso a las vacunas y la prolongación de la pandemia a causa del mismo: C-TAP ha sido duramente criticado por la industria farmacéutica que le ha negado toda colaboración, y la misma OMS parece asumir que el proyecto se encuentra, en el corto plazo, con serias dificultades para su implementación. El proyecto de exención cuenta ya con el apoyo formal de 57 países, numerosas organizaciones de la sociedad civil de todo el mundo así como representantes electos de ámbito estatal y regional, solo la oposición férrea y tácticas dilatorias de un reducido conjunto de países encabezados por la Unión Europea, Reino Unido y Estados Unidos han impedido que las negociaciones superen el intercambio de argumentos para acometer la discusión sustantiva sobre cómo adaptar el acuerdo ADPIC a las necesidades de la mayoría de los países a expensas, si fuera necesario, de los intereses de la industria farmacéutica. Es esta una discusión que no se circunscribe a las negociaciones en curso y va más allá de la actual pandemia: es una conversación pendiente sobre los efectos secundarios del periodo acelerado de globalización financiera y comercial. Un dialogo necesario para esclarecer bajo que normas y en que escenarios deben ser discutidos, examinados y resueltos aquellos desafíos que si bien afectan por igual a Norte y Sur impactan de forma más notable en los países empobrecidos.

En definitiva, nos encontramos ante una encrucijada donde la diferencia entre (otra) oportunidad perdida y un paso adelante en el bienestar común radicara en la voluntad política de los gobiernos y la capacidad de movilización de la sociedad civil para azuarla. En juego está no solo la salud y dignidad de millones sino igualmente con qué tipo de sociedad, basada en que valores aspiramos a salir de esta crisis. Desde HAI nuestro diagnostico es claro: tenemos un compromiso moral para garantizar que el acceso a tecnologías sanitarias en condiciones adecuadas durante el tiempo necesario y económicamente sostenible sea una realidad.

## ORIGINAL

## Acceso a las vacunas, razón de derechos humanos

**María Luisa Carcedo**



Médica. Secretaria ejecutiva de Sanidad del PSOE. Diputada. Ex-ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

*“Una vacunación con criterios equitativos reafirma los derechos humanos. Un nacionalismo de la vacunación los niega.”* Antonio Guterres

La irrupción de esta pandemia por el SARS-CoV2 y la pronta investigación sobre las características del virus y el consiguiente hallazgo de varias vacunas eficaces para proteger de la enfermedad grave y la mortalidad ha colocado, de nuevo, en la agenda la urgencia de asegurar el acceso a la inmunización en todo el planeta. En primer lugar por el significado de los derechos humanos, pero también por las características de la pandemia y el comportamiento del virus, su modo de difusión y su capacidad de mutación a variantes más contagiosas y, quizás, más agresivas.

Precisamente por esas características el interés de los países desarrollados en favorecer un acceso a las vacunas para las personas que viven en países más pobres no solo tiene un interés de justicia y solidaridad humana. Conlleva también un interés para preservar la salud de los propios ciudadanos del llamado primer mundo. Mientras no haya una inmunización en todos los países, el control de la pandemia será imposible, a causa del intenso movimiento de personas del mundo globalizado actual. A lo que hay que añadir la incertidumbre sobre la eficacia de las vacunas disponibles sobre las probables mutaciones del virus.

Pero, como estamos comprobando, el impacto de la pandemia y la forma de gestionarla no se reducen a razones

sanitarias. El impacto económico también tiene una gran interdependencia. Se han hecho estudios sobre el posible retorno económico de las inversiones aportadas en vacunas de los países ricos en el programa ACT (Access To COVID-19 Tools). De hacerlo con criterios que priorizan los grupos de riesgo, el retorno económico podría alcanzar hasta 166 veces la inversión. Otro potente argumento de rentabilidad, también económica, derivado del valor de la inmunización como bien público mundial.

Esta pandemia nos ha permitido comprobar de forma extrema la trascendencia del acceso justo a los medicamentos eficaces para evitar o tratar enfermedades que afectan de distinta forma a toda la humanidad. En este caso, de vacunas contra un virus con una capacidad de contagio y expansión que, como vemos, logró en tiempo récord afectar a toda la humanidad.

Como advierte el Secretario General de Naciones Unidas, *“las vacunas deben ser un bien público mundial y ser accesibles y asequibles para todas las personas.”* Y es ahí donde chocamos con el sistema establecido por el mercado para los remedios a las enfermedades evitables o tratables, para hacer efectivo ese componente de los Derechos Humanos que es el derecho a la salud. Y no solo para las vacunas.

Este considerado bien público global, en consecuencia, no puede estar sometido a las reglas establecidas en el mercado, aplicables a los bienes exclusivamente privados. Esta consideración, sin menoscabo de los

derechos que el mercado otorga a los bienes privados sujetos a mayor o menor regulación, interpela de forma directa a los poderes públicos nacionales y multilaterales.

El logro de varias vacunas contra el SARS-CoV2 en un tiempo récord nos ha demostrado la capacidad de la investigación para aportar remedios a enfermedades nuevas o incurables y soluciones a enigmas que aún mantienen a una parte, demasiado grande, de la humanidad presa de penurias impropias del desarrollo de la sociedad del Siglo XXI.

Como se ha demostrado en esta pandemia, una apuesta decidida por el conocimiento es el camino más corto para discernir esos enigmas que aún atenazan a la humanidad en forma de severos padecimientos, muertes evitables y condiciones de vida en muchas ocasiones inhumanas.

Existe un amplio consenso sobre el valor de la investigación como solución, pero a la lógica investigación-éxito-mejoras, cuando se destinan recursos públicos hay que añadir el fin como bien público global: para todos. Más cuando se trata de bienes relacionados con lo más básico de los derechos humanos, como es el caso de las vacunas contra el coronavirus –por el interés especial en el control de la pandemia- pero también las vacunas infantiles como el sarampión o la polio o de medicamentos eficaces.

La inversión de recursos públicos en la aparición de nuevos medicamentos debe de tener en cuenta estas dos premisas básicas: el derecho a la cobertura sanitaria como parte de los derechos humanos y la consideración de medicamentos esenciales como bien público global. Pero esta sencilla ecuación exige repensar los mecanismos actuales, empezando por los requisitos para la inversión pública destinada a la investigación de las enfermedades, para lograr medicamentos eficaces, las reglas para su fabricación y la forma de comercialización.

Eso sí, respetando de forma justa los intereses públicos y privados que están obligados a confluir y cooperar.

Esta necesidad se ha puesto de actualidad de forma cruda en el acceso a las vacunas, adquiridas según la capacidad económica de los Estados, con la lógica consecuencia de injusta y peligrosa desigualdad en el acceso a la inmunización. Esto perjudica de forma directa a las personas que viven en países pobres pero también, de forma indirecta, como vimos antes, a toda la humanidad, incluidos los intereses económicos de los países más poderosos.

Pero esta situación no se limita a la vacuna contra el SARS-COV-2. Es una tendencia sostenida y creciente que afecta con carácter general a todos los medicamentos, singularmente a los nuevos, incluidos lo que aportan tratamientos eficaces a enfermedades antes incurables. Afecta a la incorporación de los nuevos tratamientos de la medicina genómica, cuyas soluciones personalizadas encarecen los medicamentos: de no introducir medidas podrían convertirse en inasequibles para toda la población. Esto nos adentraría en un nuevo escenario de inequidades, no ya entre países sino dentro de los propios países desarrollados. En definitiva, nos adentraría en un riesgo de nuevas desigualdades en salud.

Si añadimos a esto la tendencia de los sistemas sanitarios a priorizar la actividad asistencial de las enfermedades frente a la promoción y protección de la salud: a prevenir las enfermedades que se ha venido relegando, reduciendo los recursos destinados cuando existen sobradas evidencias de su mayor capacidad de eficacia en términos de salud y de eficiencia en términos económicos.

Me estoy refiriendo, en el caso de España, a la Salud Pública y a la Atención Primaria y Comunitaria, que han visto recortados los recursos y las capacidades relegando las

funciones preventivas, los determinantes sociales y ambientales y la capacidad de las medidas de salud en todas las políticas para la promoción y protección de la salud, con carácter general. En nuestro Sistema Nacional de Salud, a pesar de estas evidencias, han sido éstas las políticas que han sufrido los mayores recortes del RDL 16/2012, debilitando sus capacidades de respuesta con la llegada de la pandemia. En este contexto, la eficacia de nuestras políticas ha sido mantenida gracias al sobreesfuerzo de los profesionales. Tras las exigencias del control de la pandemia y la atención a la COVID-19, la revitalización de la Atención Primaria y Comunitaria y la Salud Pública se han convertido en una urgencia ineludible.

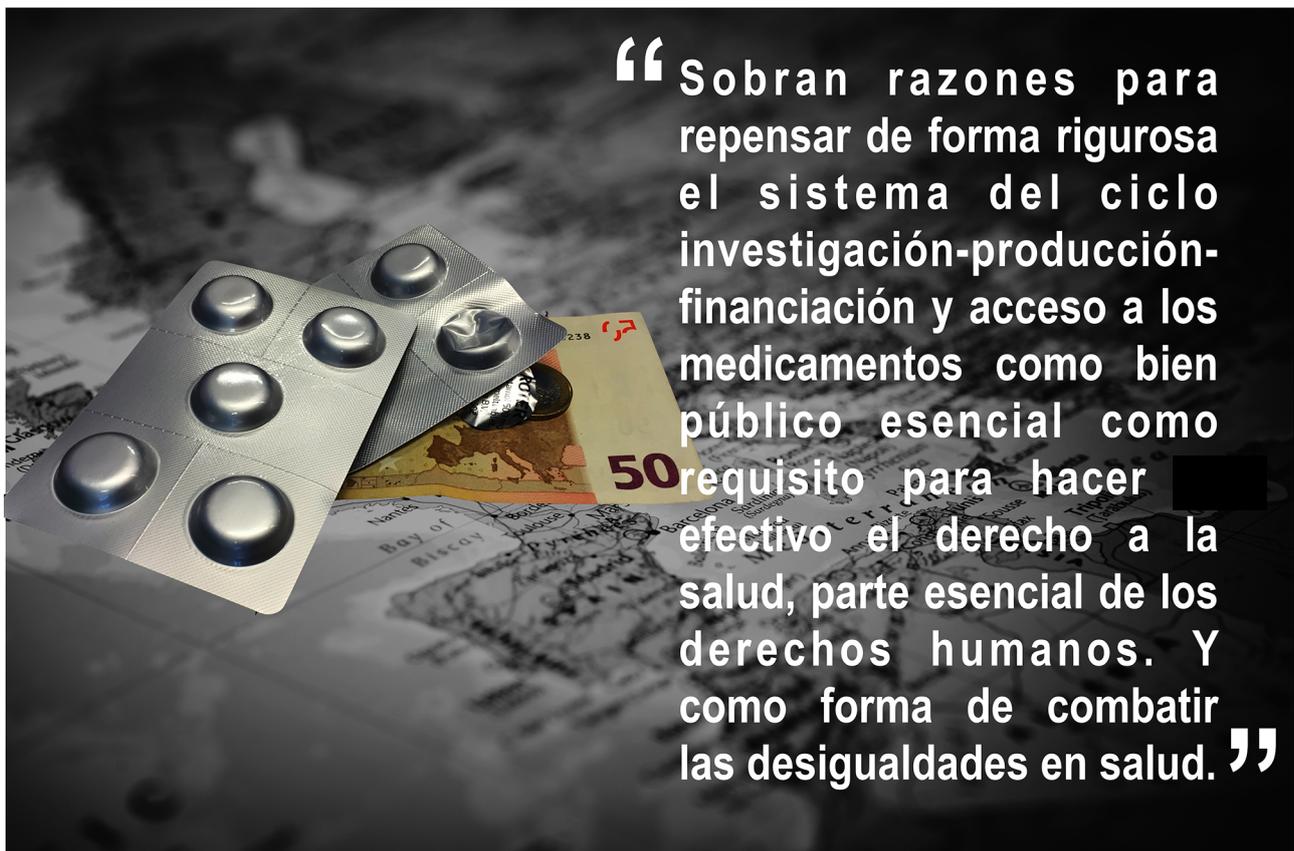
Por el contrario, los recursos destinados a los medicamentos y productos sanitarios no han hecho más que aumentar. El último ejercicio alcanzó casi 24.000 millones de euros, casi el 32% del gasto sanitario, o lo que es lo mismo la tercera parte de los recursos destinados a la sanidad se dedican a los medicamentos y productos sanitarios. En consecuencia, esto limita las

capacidades de mejora en la retribución de profesionales y de ampliación de la cartera común de servicios que están siendo causa de preocupantes desigualdades en salud, como son la atención temprana o la salud bucodental.

Sobran razones para repensar de forma rigurosa el sistema del ciclo investigación-producción-financiación y acceso a los medicamentos como bien público esencial como requisito para hacer efectivo el derecho a la salud, parte esencial de los derechos humanos. Y como forma de combatir las desigualdades en salud.

Termino con otra frase del Secretario General de Naciones Unidas, Antonio Guterres: El virus también está infectando los derechos políticos y civiles y reduciendo aún más el espacio cívico”.

Pongamos los instrumentos para evitarlo. El acceso justo a las vacunas es uno.



---

**OTRAS FUENTES**

---

## **Para resolver la pandemia hay que ir más allá que la eliminación de las patentes**

### **Vicenç Navarro**

Público, 14 de junio de 2021. <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2021/06/14/para-resolver-la-pandemia-hay-que-ir-mas-alla-que-la-eliminacion-de-las-patentes/>

*En este artículo Vicenç Navarro, médico y sociólogo, expone con la claridad y rigor en él habitual, cómo resolver la pandemia implica necesariamente abordar además de la eliminación de las patentes un conjunto de medidas y actuaciones.*

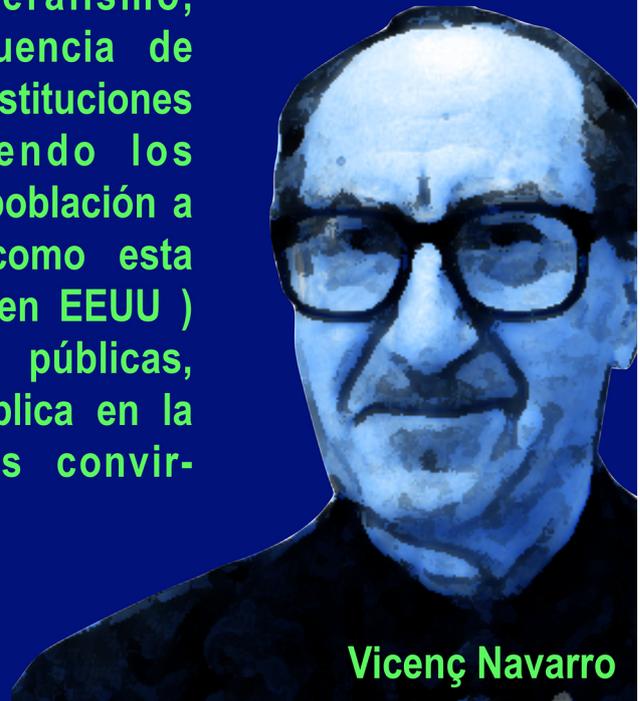
Uno de los economistas que han analizado con mayor detalle la industria farmacéutica en Estados Unidos es Dean Baker, Director del conocido *Center for Economic and Policy Research* de Washington D.C., (al cual he citado en artículos anteriores sobre la producción de vacunas COVID), el cual está proponiendo toda una serie de medidas que, de aplicarse en la producción de tales vacunas, tendrían una enorme incidencia ayudando a resolver su gran escasez.

Dean Baker inicia su propuesta con una observación que tiene particular relevancia: la financiación de gran parte del proceso de producción de las vacunas COVID-19 ha sido pública. Así fue con Pfizer, MERX y Moderna. Y lo que él propone es que esta financiación pública se extienda para cubrir todo el coste de producción, pasando entonces el producto final de la vacuna anti- COVID a ser un producto público carente de patente. Y que su fórmula y conocimiento de producción, sea públicos. Expande Baker, esta recomendación también, a la vacuna Oxford Astra Séneca que estuvo financiada casi en su totalidad con dinero público. Se eliminaría con ello, las enormes cantidades que las empresas se gastan en distintas dimensiones de sus actividades, que van desde marketing, a la generación de enormes beneficios con pagos a los accionistas y a los altos empresarios de tales corporaciones. Es bien conocido, por ejemplo, que Pfizer se

gastó en el 2019 casi el doble en marketing y promoción de ventas, que en investigación y desarrollo de sus productos. Y su director Albert Bourla recibió en el 2020 una compensación de 21 millones de dólares, un incremento del 17 % de lo que recibió en el año anterior (citado por "*Why big pharma's arguments against patent waivers don't add up*" by Sonali Kolhatkuf). Y, otro factor a favor de la producción pública de tales vacunas es que, tal como sugiere Baker, eliminaría el coste de pagar el precio de las patentes, facilitando con ello la amplia producción de tales vacunas.

Pero lo que hace especialmente atractiva tal propuesta, es que, al ser un conocimiento público aceleraría el conocimiento científico al compartir información esencial, hoy guardada en secreto para garantizar su control en el mercado. Tal ocultación entra en conflicto con el quehacer científico, que es ni más ni menos que el compartir y debatir su desarrollo. Tal práctica es común en el desarrollo científico y no puede obstaculizarse por objetivos comerciales y particulares. Si Pfizer hubiera compartido su información y tecnología, es más que probable que se hubiera descubierto antes que no era necesario guardar la vacuna en temperaturas tan bajas, como se ha descubierto más tarde. El sentido común de esta propuesta explica que tal propuesta se está expandiendo, siendo la última voz a su favor la del *New York Times* en una editorial

“Lo que debieran hacer ahora, es, además de romper con el neoliberalismo, (eliminando la enorme influencia de lobbies farmacéuticos en sus instituciones representativas anteponiendo los intereses de la mayoría de la población a los intereses corporativos, como esta haciendo el Presidente Biden en EEUU ) promover las intervenciones públicas, incluyendo la financiación pública en la producción de las vacunas convirtiéndolas en un bien común.”



Vicenç Navarro

reciente (*NYT May 15/2021, pag15*). No me imagino ningún mayor rotativo en España que hiciera tal propuesta, reflejando el enorme conservadurismo de los medios de información en este país.

### **Se hubieran podido producir más vacunas, más masivamente**

Tal formula, la producción pública de las vacunas hubiera permitido una vacunación masiva de la población mundial. El argumento utilizado con frecuencia por los defensores del statu quo, de que no hay materias primas para masificar la producción de las vacunas, falla por su propia lógica, pues no se puede afirmar, como tales voces sostienen, que las empresas privadas actuales puedan producir las vacunas de todo el mundo y a la vez subrayar que no haya materias primas suficientes para producirlas en caso de que sean públicas.

Y un tanto ocurre en cuanto a la supuesta falta de conocimiento tecnológico en los países en vías de desarrollo. Tal argumento

ignora que son los países en vías de desarrollo los que han sido los más exitosos en producir productos genéricos, que son los mismos medicamentos con patentes una vez la patente ha dejado de existir. Y si el déficit tecnológico existiera, la transmisión de conocimiento científico es una constante en el mundo de las instituciones de investigación. La aplicación de las medidas propuestas por Baker hubiera producido beneficios enormes, pues la vacunación podría haberse acelerado tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, salvando millones de infecciones y de vidas. Es fundamental que a través de medidas que van mas allá que la anulación de las patentes, como es promover la responsabilidad pública en la producción de las vacunas, se facilite doblar rápidamente las tasas de su producción siguiendo un criterio que da prioridad a la población mas vulnerable, extendiéndose a todos los demás en cuestión de meses y no de años. Un *think-tank* progresista, *Public Citizen*, ha calculado que, con una inversión de 25 billones de dólares, (solo un 3% del presupuesto de defensa del gobierno federal), podrían establecerse industrias públicas productoras

de vacunas COVID, junto con sistemas de distribución que permitirían vacunar a la mayoría de la población mundial en el periodo de un año. Sin desmerecer la oferta de ayuda a los países en vías de desarrollo enviándoles vacunas, las cantidades citadas más frecuentemente son el billón de vacunas propuesto por los países del G7, número claramente insuficiente para cubrir el déficit de vacunas a nivel mundial. De ahí que se haya hecho una propuesta de producir y distribuir vacunas públicamente en todos lugares del mundo, por parte de 40 miembros del Congreso de Estados Unidos en una carta al Presidente Biden. Tales medidas, responden no solo a causas humanitarias sino a la gran urgencia de que se vacune a toda la población mundial, pues están apareciendo más y más variantes del virus-como Alfa en la Gran Bretaña, Beta en Sudáfrica y ahora Delta en la India, que son cada vez más infecciosas y en el caso de Delta más resistentes a las vacunas hoy conocidas.

Su existencia masiva en la Gran Bretaña ha hecho introducir nuevas medidas de confinamiento en aquel país a pesar de que haya un elevadísimo porcentaje de la población que esta ya vacunada.

### **La irracionalidad del método actual defendido por la Comisión Europea**

Lo que está ocurriendo ahora, es que las autoridades públicas en muchos países (Estados Unidos, Unión Europea, Japón, Corea del Sur y muchos otros), están financiando un consumo mayoritariamente público que garantiza sin ningún riesgo unas ganancias enormes. Sería mucho más económico y eficiente, si el erario público cubriera todo el costo de producción, eliminando a su vez, todos los otros costes irrelevantes con la producción, eliminando también las patentes y convirtiendo el conocimiento público en un bien común, lo cual permitiría la máxima producción de las vacunas y el rápido mejoramiento de su efectividad.

Los dirigentes de la Unión Europea se reunieron recientemente en Portugal para reafirmar su compromiso con la solidaridad y unidad en su lucha contra el COVID, frase altisonante que contrastó con su negativa a considerar la eliminación de las patentes de los productos que habían financiado de gran manera: las vacunas anti-COVID. Fueron precisamente las instituciones dirigentes de la Unión Europea como la Comisión Europea, las que han estado aplicando políticas de austeridad y los recortes de gasto público sanitario que han debilitado enormemente los servicios sanitarios de los países de la Unión Europea, causando un incremento de la mortalidad (como la revista científica Británica *Lancet* mostró claramente en el caso de Grecia, y como también ha ocurrido en España).

En realidad, el hecho de que España sea uno de los países de mayor mortalidad por COVID acumulada desde el principio de la pandemia hasta ahora, se debe precisamente en gran parte a la escasez de recursos en los servicios sanitarios y sociales, consecuencia de un bajo gasto público social, de los más bajos en la Europa Occidental.

Lo que debieran hacer ahora, es, además de romper con el neoliberalismo, (eliminando la enorme influencia de lobbies farmacéuticos en sus instituciones representativas anteponiendo los intereses de la mayoría de la población a los intereses corporativos, como esta haciendo el Presidente Biden en EEUU) promover las intervenciones públicas, incluyendo la financiación pública en la producción de las vacunas convirtiéndolas en un bien común.

Es un buen signo que el Parlamento Europeo votara por fin, por la eliminación de las patentes de las vacunas, aunque como indica Dean Baker, deberían ir incluso más allá y proponer la financiación y gestión de la producción de las vacunas COVID, pues el problema social y económico en el mundo hoy, acentuado por la pandemia, exige soluciones extraordinarias para resolver situaciones excepcionales.

---

**OTRAS FUENTES**

---

## ¿Qué podemos aprender de la liberación de los tratamientos del VIH en la covid-19?

**Annette Gaudino**

SiNC, 31 de mayo de 2021. <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Que-podemos-aprender-de-la-liberacion-de-los-tratamientos-del-VIH-en-la-covid-19#top>

*Anette Gaudino, directora de Estrategia Política de Treatment Action Group, en este artículo hace reflexiones que conocemos bien. Su comentario final donde señala, como en el caso de los antirretrovirales genéricos se demostró " la capacidad técnica de los países de rentas medias y bajas de producir, exportar y gestionar millones de tratamientos de calidad para todo el mundo" parece muy oportuno en el momento actual, cuando se cuestiona la capacidad de aumentar la producción de vacunas fuera de las empresas fabricantes detentadoras de las patentes. Finalmente afirma: "la licencia obligatoria y la exención de patentes son una alternativa real y eficaz".*

Hace más de veinte años, Sudáfrica y la India lograron vencer los intereses de las grandes farmacéuticas para poder importar y fabricar versiones genéricas de la combinación de antirretrovirales. ¿Se podría hacer algo parecido para superar la actual pandemia? ¿Sería suficiente con la suspensión temporal de las patentes de las vacunas?

Una enfermedad infecciosa de reciente aparición se ha extendido por todo el mundo, sembrando el miedo, el estigma y, en ocasiones, la violencia contra las comunidades a las que se asocia con la expansión del virus.

Cuando se identifica al virus causante de la pandemia, los científicos se ponen a trabajar predominantemente en los países desarrollados, aunque no exclusivamente, para desarrollar en tiempo récord vacunas que logren vencer al virus, en muchos casos reutilizando tratamientos y tecnologías existentes.

Se producen los avances, pero solo están disponibles en los países ricos. Cuando los países en desarrollo, que carecen de acceso, piden una distribución equitativa de estas intervenciones que salvan vidas, se les dice

que esperen pacientemente hasta que las donaciones puedan satisfacer sus necesidades.

En cualquier caso, y según las compañías farmacéuticas, son demasiado pobres y subdesarrollados para que se les confíen estas nuevas herramientas científicas. No tienen el derecho humano a los beneficios de la ciencia que cualquier empresa privada o nación rica tiene que respetar.

Obviamente, este escenario pretende describir la pandemia de la covid-19, que se ha apoderado del mundo desde principios de 2020. Sin embargo, para los activistas del VIH que estuvieron presentes en los albores de la era antirretroviral a mediados de la década de 1990, y que participaron en las primeras luchas para que estos medicamentos estuvieran disponibles en todo el mundo, esta historia resulta demasiado familiar.

El descubrimiento y la aprobación en 1996 de combinaciones de tres fármacos altamente eficaces contra el sida permitieron imaginar el fin de la epidemia, ya que este tratamiento fue capaz de mantener niveles tan bajos del virus que es

indetectable en la sangre y no es transmisible a otras personas.

Este gran avance no habría sido posible sin las [importantes inversiones](#) del Gobierno estadounidense —solo en 2019, los fondos federales para investigación del VIH [fueron 2.600 millones de dólares](#)—. Más de una década de activismo y de [acción directa](#) habían conducido a esta nueva clase de tratamientos, que acabarían convirtiendo al sida en la enfermedad crónica tratable que es hoy. En 1998, treinta y nueve empresas farmacéuticas demandaron al Gobierno sudafricano postapartheid, elegido democráticamente, en un intento de anular la ley. Que los directores generales de las empresas y los grupos comerciales de la industria demandaran para defender su búsqueda de beneficios a costa de vidas humanas no debería sorprender. Pero fue el apoyo de los funcionarios del gobierno, tanto a nivel vocal como entre bastidores, lo que mantuvo la balanza a favor de las farmacéuticas.

Entonces, como ahora, la política presidencial estadounidense estaba en el centro del drama mundial. Mientras la Administración Clinton amenazaba con imponer sanciones comerciales en caso de que Sudáfrica emitiera licencias obligatorias, [como ya había hecho contra Brasil en 1996, los memorándums del Departamento de Estado](#) también revelaban un esfuerzo coordinado de múltiples agencias en el que participaba el vicepresidente Al Gore para anular la ley. A lo largo de la campaña presidencial de 2000, [los activistas persiguieron](#) al candidato demócrata Gore para protestar por su apoyo a la posición de las farmacéuticas.

En el caso actual, la Administración Biden [se ha mostrado partidaria de la exención a los ADPIC](#) (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) en el caso de las vacunas contra la covid-19. Sin embargo, no se hace mención

alguna a las patentes de diagnósticos ni tratamientos.

### El ejemplo de Sudáfrica

Los rígidos —y muy lucrativos— monopolios de patentes y todo lo demás que implica [la propiedad intelectual](#) (derechos de autor, los secretos comerciales y de diseño, entre otros), así como las afirmaciones de que los fabricantes de medicamentos que operan en esos países no pueden aprovechar los conocimientos técnicos de fabricación, se interpusieron en el camino de la rápida distribución y suministro de nuevos medicamentos combinados contra el sida en los países de ingresos bajos y medios.

Sin embargo, estos argumentos jurídicos y técnicos no podían ocultar la indiferencia hacia la vida de quienes no pueden permitirse los medicamentos contra el sida a precios de marca, ni el racismo que está en la base de esta indiferencia.

Entonces, como ahora, Sudáfrica asumió un papel de liderazgo en la lucha contra el privilegio de los derechos de propiedad intelectual sobre la salud pública. Este país tenía la mayor población de personas que vivían con la enfermedad del sida en el mundo, con más de tres millones que necesitaban tratamiento en ese momento.

Como respuesta, en 1997 Sudáfrica aprobó la [Enmienda de Ley de Control de Medicamentos y Sustancias Relacionadas](#), que otorgaba una licencia obligatoria para los medicamentos contra el sida que permitía la importación y venta de versiones genéricas de los mismos. En ese momento, no se producían genéricos de los nuevos y potentes medicamentos para el VIH en ningún lugar.

Entonces, como ahora, las empresas farmacéuticas y sus defensores dijeron [que las patentes no eran el problema](#), que debilitar los monopolios de patentes amenazaría la innovación y que las naciones africanas carecían de la infraestructura

necesaria para distribuir y controlar los fármacos contra el virus causante del sida.

En 1998, treinta y nueve empresas farmacéuticas demandaron al Gobierno sudafricano postapartheid, elegido democráticamente, en un intento de anular la ley. Que los directores generales de las empresas y los grupos comerciales de la industria demandaran para defender su búsqueda de beneficios a costa de vidas humanas no debería sorprender. Pero fue el apoyo de los funcionarios del gobierno, tanto a nivel vocal como entre bastidores, lo que mantuvo la balanza a favor de las farmacéuticas.

Entonces, como ahora, la política presidencial estadounidense estaba en el centro del drama mundial. Mientras la Administración Clinton amenazaba con imponer sanciones comerciales en caso de que Sudáfrica emitiera licencias obligatorias, [como ya había hecho contra Brasil en 1996](#), los [memorándums del Departamento de Estado](#) también revelaban un esfuerzo coordinado de múltiples agencias en el que participaba el vicepresidente Al Gore para anular la ley. A lo largo de la campaña presidencial de 2000, [los activistas persiguieron](#) al candidato demócrata Gore para protestar por su apoyo a la posición de las farmacéuticas.

En el caso actual, la Administración Biden [se ha mostrado partidaria de la exención a los ADPIC](#) (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) en el caso de las vacunas contra la covid-19. Sin embargo, no se hace mención alguna a las patentes de diagnósticos ni tratamientos.

En 2001, los demandantes farmacéuticos [aceptaron finalmente la derrota](#) y retiraron su demanda contra el gobierno sudafricano. Para entonces, el número de sudafricanos infectados con VIH había crecido hasta los 4,7 millones. Sin embargo, las predicciones de que la innovación se vería perjudicada no se han cumplido.

## India: la farmacia del mundo

En la actualidad, hay más de 30 tratamientos para tratar el sida aprobados y [26 millones de personas](#) en todo el mundo están recibiendo terapia antirretroviral. El papel de la India en la distribución mundial de los medicamentos genéricos contra el VIH ha contribuido a convertirla en el mayor proveedor mundial de medicamentos genéricos: antes de la pandemia, el 80 % de los principios activos utilizados en Europa y Estados Unidos se producían en China y la India.

Desde la década de 1970, el Gobierno indio había creado un entorno jurídico que protegía los derechos de los fabricantes de genéricos frente a los titulares de patentes de marca. Los elevados criterios para patentar de la India —es decir, la concesión de patentes con moderación y solo para invenciones realmente novedosas— significaban que, si una empresa india podía averiguar cómo fabricarlo, el gobierno reconocía su derecho legal a venderlo.

Incluso después de que abandonaran su demanda judicial contra una licencia obligatoria para África, la industria farmacéutica no hizo nada para transferir la tecnología a los fabricantes de genéricos.

Sin embargo, los fabricantes de genéricos indios no se han quedado de brazos cruzados: en 2001, la empresa india de genéricos [Cipla](#) realizó la ingeniería inversa de su propia versión de la triple combinación contra el VIH, con un precio de 1 dólar al día. Los mercados ignorados por los fabricantes de medicamentos de marca estaban abiertos a la India.

En los años siguientes, una y otra vez, las oficinas de patentes de este país han rechazado las solicitudes de patentes de medicamentos esenciales, acelerando el tiempo de comercialización de los genéricos para los países de bajos ingresos. Por ejemplo, el [sofosbuvir](#) para curar la hepatitis C, lanzado infamemente en Estados Unidos



bajo la marca Sovaldi por 1.000 dólares al día, es vendido hoy por los fabricantes de genéricos indios en combinaciones que pueden curar la hepatitis C por menos de 60 dólares.

### **Petición de exención temporal para todas las tecnologías covid-19**

En el otoño de 2020, Sudáfrica y la India aplicaron su experiencia y comprensión de las cuestiones interconectadas de la propiedad intelectual, la transferencia de tecnología y la fabricación para los mercados en desarrollo en una solicitud a la Organización Mundial del Comercio (OMC) para una exención temporal de los derechos de propiedad intelectual para todas las tecnologías covid-19.

Los países ricos y las empresas farmacéuticas bloquearon la iniciativa, dificultando la aplicación de ingeniería inversa en el caso de las vacunas de la covid-19 y confiando exclusivamente en la transferencia de tecnología voluntaria. Hasta la fecha, [solo AstraZeneca](#) —que ha trabajado en el desarrollo de la vacuna con la Universidad de Oxford— ha transferido

su tecnología a una compañía de genéricos, el [Serum Institute of India](#), a través de una licencia voluntaria.

Si los países ricos que facilitan los monopolios farmacéuticos no hubieran descartado la idea de plano, y en su lugar se hubiera alcanzado rápidamente un acuerdo de exención, y se hubiera acelerado la transferencia de tecnología antes de permitir que la farmacia mundial se viera desbordada, quién sabe cuántas vidas se habrían salvado, y cuánto antes veríamos el fin de la covid-19 para todos, en todas partes.

La gran ola de covid-19 que se está produciendo en la India, además de un enorme coste de vidas en el país, ha tenido un impacto previsible en el suministro mundial de vacunas frente a la pandemia.

### **Licencia obligatoria y exención de patentes**

Se calcula que 50 millones de personas están a la espera de su primera dosis de vacuna y otros 20 millones de la segunda en el continente africano. Sin embargo, la situación epidemiológica del país asiático ha paralizado la distribución de vacunas y les ha dejado en un limbo. Hasta el [90 % de esas dosis dependen del Serum Institute of India](#), que paralizó las exportaciones en marzo de 2021. Menos [del 2 % todas las vacunas administradas en el mundo han sido en África](#).

Debemos tomarnos en serio las barreras a la propiedad intelectual y afrontar el verdadero reto de la transferencia de tecnología, reconociendo que ya nos hemos enfrentado a estos problemas y los hemos resuelto antes.

El caso de los antirretrovirales genéricos demostró la capacidad técnica de los países de rentas medias y bajas de producir, exportar y gestionar millones de tratamientos de calidad para todo el mundo. También demostró que, cuando falla todo lo demás, la licencia obligatoria y la exención de patentes son una alternativa real y eficaz.

## OTRAS FUENTES

---

# Seven Reasons the EU is Wrong to Oppose the TRIPS Waiver

## Siete razones por las que la UE se equivoca al oponerse a la exención

### Human Rights Watch

HRW, 3 de junio de 2021. <https://www.hrw.org/news/2021/06/03/seven-reasons-eu-wrong-oppose-trips-waiver>

*Este excelente texto de HRW aborda de forma clara las siete razones que considera clave para demostrar la posición equivocada de la UE frente a las licencias voluntarias. Incorpora una aportación muy sugerente planteando que no solamente es necesario suprimir las patentes si no también los secretos comerciales ligados a conocimientos técnicos y tecnología. Por esta razón proponen ampliar la exención a los acuerdos sobre los ADPIC.*

*(Artículo traducido del original en inglés por la Comisión de Redacción. El lector interesado puede encontrar las referencias en el artículo original).*

La pandemia de Covid-19 tiene consecuencias devastadoras para los derechos humanos, sociales y económicos en todo el mundo. Los representantes de la Unión Europea (UE) han declarado repetidamente su compromiso con la idea de que las vacunas de Covid-19 deben ser un bien común universal y que nadie está seguro de la enfermedad provocada por Covid-19 a menos que todos estemos a salvo. Sin embargo, la UE se ha opuesto sistemáticamente a la propuesta de India y Sudáfrica en la Organización Mundial del Comercio de renunciar temporalmente a determinadas normas de propiedad intelectual en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo ADPIC), una medida que ampliaría el acceso a las vacunas que salvan vidas y otros productos sanitarios. Human Rights Watch se encuentra entre los cientos de organizaciones de la sociedad civil de todo el mundo que instan a apoyar la exención de los ADPIC.

Los argumentos utilizados por la Comisión Europea para justificar su oposición son inexactos, engañosos y equivocados. Los abordamos individualmente aquí, enfocándonos en las siguientes siete verdades

### **1. La propiedad intelectual es actualmente una barrera para ampliar y diversificar rápidamente la producción de productos de salud Covid-19, incluidas las vacunas.**

La Comisión Europea afirma que la propiedad intelectual (PI) no es una barrera para ampliar la fabricación de vacunas u otros productos sanitarios necesarios para la respuesta a Covid-19, lo que sugiere que compartir la PI no aceleraría de inmediato la fabricación. En este momento, hay fabricantes con capacidad para producir vacunas Covid-19 adicionales y otros productos de salud en fábricas en Bangladesh, Canadá, Dinamarca, India e Israel, pero no pueden contribuir porque aún no tienen las licencias adecuadas.

Entonces, la propiedad intelectual es una barrera para ellos. Los patrocinadores de la propuesta de exención de los ADPIC y los expertos de la revista científica líder Nature, la Campaña de Acceso de Médicos Sin Fronteras (MSF), la Red del Tercer Mundo y otros han presentado muchos otros ejemplos concretos de cómo la aplicación de las normas de propiedad intelectual bloqueó, retrasó o limitó la producción de reactivos químicos para pruebas Covid-19, válvulas de ventilación, tratamientos Covid-19 y elementos de las vacunas Covid-19. Las limitaciones de la propiedad intelectual no solo han provocado escasez de vacunas, sino que también han provocado escasez de materias primas clave como bolsas y filtros de biorreactores.

En lugar de que los fabricantes se vean imposibilitados por una falta inherente de capacidad tecnológica y de fabricación, los estudios han demostrado que las reclamaciones transnacionales de propiedad intelectual impiden que nuevos fabricantes entren y compitan en el mercado. La misma dinámica se está desarrollando hoy con Covid-19.

## **2. Aunque una exención no expandirá automáticamente la producción de la noche a la mañana, allana el camino para transferencias de tecnología y fabricación rápidas.**

La exención por sí sola no resultará automáticamente en una fabricación generalizada y diversificada, pero aliviará las complejas reglas globales que rigen la propiedad intelectual y las exportaciones y dará a los gobiernos la libertad de colaborar en las transferencias y exportaciones de tecnología sin temer represalias basadas en el comercio. Ayudará a reducir la dependencia de cualquier país o región para los productos médicos y a mitigar los riesgos de restricciones a la exportación. Con la aparición de nuevas variantes y alguna evidencia de que es posible que se necesiten repetidos refuerzos de vacunas, la exención permitirá a los gobiernos de todo el mundo

estar preparados para una respuesta a largo plazo al Covid-19.

Los expertos han trazado planes sobre cómo la fabricación de ARNm y otras vacunas podría expandirse drásticamente en un período de tiempo relativamente corto. La renuncia a ciertas reglas de propiedad intelectual en el acuerdo ADPIC durante los próximos tres años podría ayudar a crear diversos centros de fabricación regionales y proteger a la UE y al resto del mundo de futuras pandemias, interrupciones de la cadena de suministro y el desastre económico resultante.

Las preocupaciones de que ampliar el universo de productores pueda reducir o comprometer los estándares de calidad son infundadas porque las estrictas autoridades reguladoras y la Organización Mundial de la Salud (OMS) continuarían desempeñando su papel actual como árbitros de la calidad y seguridad de las vacunas, que tienen un proceso muy estricto para aprobación.

## **3. La distribución de dosis y COVAX no serán suficientes para brindar acceso universal y equitativo a las vacunas.**

La Comisión Europea señala su participación en COVAX para sugerir que está liderando efectivamente los esfuerzos para promover el acceso equitativo a las vacunas. Los estados miembros individuales han comenzado a usar COVAX para compartir algunas de las dosis que reservaron con anticipación con los países que las necesitan.

Sin embargo, COVAX actualmente solo tiene como objetivo proporcionar vacunas para el 20% de la población de participantes, lejos de la cobertura necesaria para poner fin a la pandemia. La escasez de suministro de vacunas ya ha obstaculizado la capacidad de COVAX para alcanzar ese objetivo. La instalación comenzó a entregar dosis de vacunas a fines de febrero, pero solo ha podido entregar 71 millones de dosis de

vacunas a más de 100 países hasta el 25 de mayo de 2021, apenas lo suficiente para cubrir el 1 por ciento de las poblaciones combinadas de esos países.

Además, COVAX depende en gran medida de las vacunas de AstraZeneca fabricadas en el Serum Institute of India. Debido al enorme aumento de Covid-19 en India, el gobierno indio ha restringido actualmente la exportación de vacunas, y COVAX enfrenta un déficit de 190 millones de dosis de vacunas. Serum Institute of India anunció recientemente que espera reanudar el suministro de COVAX solo para fines de 2021.

Finalmente, COVAX solo se aplica a la adquisición y asignación de vacunas. La propuesta de India y Sudáfrica cubriría una gama más amplia de productos y tecnologías de salud necesarios para la respuesta de Covid-19, incluidos pruebas, tratamientos, equipo de protección personal y más. El devastador aumento reciente de infecciones y muertes en India, Brasil y Nepal muestra que necesitamos más que vacunas para salvar vidas.

#### **4. La renuncia temporal a los monopolios de patentes no acabará con todas las innovaciones futuras para desarrollar vacunas y medicamentos.**

Las empresas farmacéuticas y sus grupos de presión afirman que los monopolios de patentes para comercializar sus invenciones estimulan la innovación y que renunciar a esos derechos de monopolio durante una pandemia mundial devastadora "pondría en peligro la innovación médica futura, haciéndonos más vulnerables a otras enfermedades".

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU declaró en abril de 2020 que “ las pandemias son un ejemplo crucial de la necesidad de cooperación científica internacional para enfrentar amenazas transnacionales... [si]

una pandemia se desarrolla, compartir el mejor conocimiento científico y sus aplicaciones, especialmente en el campo médico, se vuelve crucial para mitigar el impacto de la enfermedad y acelerar el descubrimiento de tratamientos y vacunas eficaces.... El Comité reitera que, en última instancia, la propiedad intelectual es un producto social y tiene una función social y, en consecuencia, los Estados tienen el deber de prevenir costos excesivamente altos para el acceso a los medicamentos esenciales ”.

Es un flaco favor para la humanidad afirmar que los científicos e investigadores no tendrían interés en desarrollar vacunas y medicamentos que salvan vidas sin la promesa de monopolios de patentes. Jonas Salk, el inventor de la vacuna contra la polio, no reclamó ningún monopolio sobre ella y la regaló gratis. Cuando se le preguntó quién era el propietario de la patente de su vacuna, al parecer dijo: “Bueno, diría que la gente. No hay patente. ¿Podrías patentar el sol? ”

Las economistas Mariana Mazzucato y Jayati Ghosh, y la activista de salud pública Els Torreele, argumentan que los derechos de propiedad intelectual nunca fueron diseñados para ser utilizados durante pandemias. “Las patentes erigen barreras contra los competidores cuando lo que se necesita es cooperación tecnológica, aprovechando nuestras capacidades científicas y tecnológicas globales para luchar juntos contra el virus”, explican. El Acuerdo de Marrakech de 1994, que estableció la OMC, permite exenciones en circunstancias excepcionales. ¿Qué podría ser una circunstancia más excepcional que una pandemia mundial que se ha cobrado la vida de 3,5 millones de personas? El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, apoyó la exención y preguntó conmovedoramente: "Si no es ahora, ¿cuándo?"

El argumento de que necesitamos incentivos basados en el mercado, como las patentes, para estimular la innovación también ignora el hecho de que miles de millones de euros

de dinero público han financiado la investigación, el desarrollo y la entrega de vacunas Covid-19 y otras tecnologías sanitarias. Por ejemplo, un estudio reciente descubrió que el dinero público del gobierno y de fuentes filantrópicas representaba entre el 97,1 y el 99 por ciento de los fondos destinados a la investigación y el desarrollo de la vacuna Oxford-AstraZeneca. Johnson & Johnson recibió una financiación estimada de mil millones de dólares (820 millones de euros) del gobierno de los Estados Unidos para el desarrollo de su vacuna Covid-19; La vacuna de Moderna también fue financiada significativamente con dinero público del gobierno de los Estados Unidos. Incluso cuando no se entregó dinero público directamente para investigación y desarrollo. Los expertos dicen que los compromisos de compra anticipada de los gobiernos redujeron significativamente los riesgos de las inversiones de las empresas farmacéuticas, al proporcionarles un mercado garantizado incluso antes de que se demostrara que sus vacunas eran seguras y eficaces.

El dinero público impulsó el desarrollo de las tecnologías sanitarias necesarias para la respuesta de Covid-19, y ese dinero público debería utilizarse para maximizar el bien público. La Comisión Europea no ha exigido a las empresas farmacéuticas que revelen las medidas que han tomado para abstenerse de utilizar fondos públicos recibidos de cualquier autoridad gubernamental o a través de COVAX, para respaldar recompras de acciones, bonificaciones a ejecutivos, dividendos y otras prácticas que benefician de manera desproporcionada a los accionistas.

### **5. La racionalización de los sistemas de licencias obligatorias es bienvenida, pero no es suficiente para afrontar el desafío de la respuesta sanitaria de Covid-19.**

Una parte de la propuesta de "tercera vía" planificada por la UE debería tener como objetivo simplificar el uso de licencias

obligatorias en virtud del Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha de 2001, que afirma que, según las normas mundiales de propiedad intelectual, los gobiernos podrían emitir licencias de patentes durante una crisis de salud pública.

Human Rights Watch apoya el uso por parte de los gobiernos de las flexibilidades existentes en virtud del Acuerdo sobre los ADPIC, como la decisión del gobierno boliviano de solicitar una licencia obligatoria para que la empresa canadiense Biolyse Pharma produzca 15 millones de dosis de la vacuna Covid-19 de Johnson & Johnson.

Pero existen importantes barreras para hacer de las licencias obligatorias una solución práctica a la grave escasez de suministro que enfrenta ahora el mundo. Los académicos del Reino Unido publicaron recientemente un extenso análisis legal de la propuesta de exención de los ADPIC y determinaron que "las flexibilidades existentes de los ADPIC en torno a las licencias obligatorias son incapaces de abordar el contexto pandémico actual de manera adecuada, tanto en términos de procedimiento como de fondo legal".

La Campaña de Acceso de MSF también publicó un nuevo informe en el que explica que la concesión de licencias obligatorias es onerosa y requiere mucho tiempo porque debe aplicarse producto por producto y país por país, y a menudo existen importantes obstáculos regulatorios que superar. La Declaración de Doha solo aborda una forma de propiedad intelectual: las patentes. La propuesta de exención de los ADPIC, por el contrario, cubriría no solo las patentes, sino también otras formas de propiedad intelectual.

Los expertos han mapeado la compleja propiedad intelectual detrás de las vacunas Covid-19, destacando la necesidad de una exención de los ADPIC que cubra más que las patentes. Un análisis reciente de las vacunas Covid-19 basadas en ARNm mostró que cada vacuna involucra una red compleja

de patentes propiedad de múltiples compañías, y encontró que "las redes de reclamos de propiedad intelectual sustentan la comercialización de muchas vacunas. Por ejemplo, la tecnología subyacente utilizada para desarrollar una vacuna puede protegerse mediante patentes, mientras que los métodos y técnicas de fabricación (conocimientos técnicos) pueden protegerse mediante secretos comerciales ". El estudio del escenario actual no incluye en las patentes otras formas como bolsas, filtros, viales de vidrio y contenedores de almacenamiento en frío, subyacentes a la propiedad intelectual.

Incluso cuando se emiten licencias obligatorias para las patentes, las empresas farmacéuticas pueden entablar acciones legales en su contra y seguir presionando por medidas comerciales contra los gobiernos que las utilizan. Por ejemplo, Gilead demandó recientemente al gobierno ruso por emitir una licencia obligatoria para fabricar remdesivir, un medicamento que se usa para tratar Covid-19. La Corte Suprema de Rusia falló en contra de Gilead. Las asociaciones de la industria farmacéutica presionaron contra la licencia obligatoria del gobierno húngaro para remdesivir, como parte de su presentación al "Informe especial 301" del Representante Comercial de los Estados Unidos.

## **6. La concesión de licencias voluntarias es insuficiente y los esfuerzos liderados por la industria han dejado deficiencias y retrasos.**

La concesión de licencias voluntarias es la práctica en la que el desarrollador de la vacuna o el fármaco decide a quién y en qué condiciones se puede autorizar la propiedad intelectual para permitir la fabricación.

El año pasado demostró que no podemos confiar en que la industria farmacéutica tome medidas voluntarias para aumentar la fabricación de productos para la salud al ritmo y la escala necesarios para abordar la pandemia.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, comentó recientemente que los acuerdos de licencia voluntaria "tienden a ser exclusivos y no transparentes, comprometiendo el acceso equitativo". Los retrasos en el suministro y los desafíos de producción que enfrentan varias empresas farmacéuticas se han visto exacerbados por prácticas de concesión de licencias restrictivas o exclusivas.

Los esfuerzos para obtener la licencia de las vacunas han sido lentos. Por ejemplo, Biolyse Pharma, una empresa canadiense, informó que solicitó sin éxito licencias para fabricar su vacuna Covid-19 de varias empresas. Numerosos otros fabricantes dicen que están dispuestos a fabricar y están esperando las licencias adecuadas, como se explicó anteriormente.

El compromiso corporativo voluntario con las licencias abiertas y no exclusivas ha sido bajo, lo que hace que el uso gubernamental de las herramientas reguladoras sea esencial para garantizar que las vacunas y los productos para la salud estén ampliamente disponibles y sean asequibles para todos. Numerosas empresas han firmado Open Covid Pledge emitiendo licencias abiertas y no exclusivas, que según los expertos promueven un "modelo de innovación abierta". Pero el Open Covid Pledge está dominado por empresas de tecnología. Solo un puñado de empresas que fabrican productos para la salud forman parte de él.

Hasta la fecha, la UE no ha traído ninguna empresa farmacéutica importante que opere dentro de la UE para unirse al Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP) de la OMS, una plataforma lanzada hace más de un año para permitir el intercambio voluntario de PI, datos, y conocimiento con fabricantes calificados. Tampoco ninguna empresa se ha sumado voluntariamente a esta iniciativa. Solo unos pocos Estados miembros de la UE han respaldado el Llamado a la acción solidario de C-TAP. Si bien el Consejo Nacional de Investigaciones de España ha prometido que proporcionará

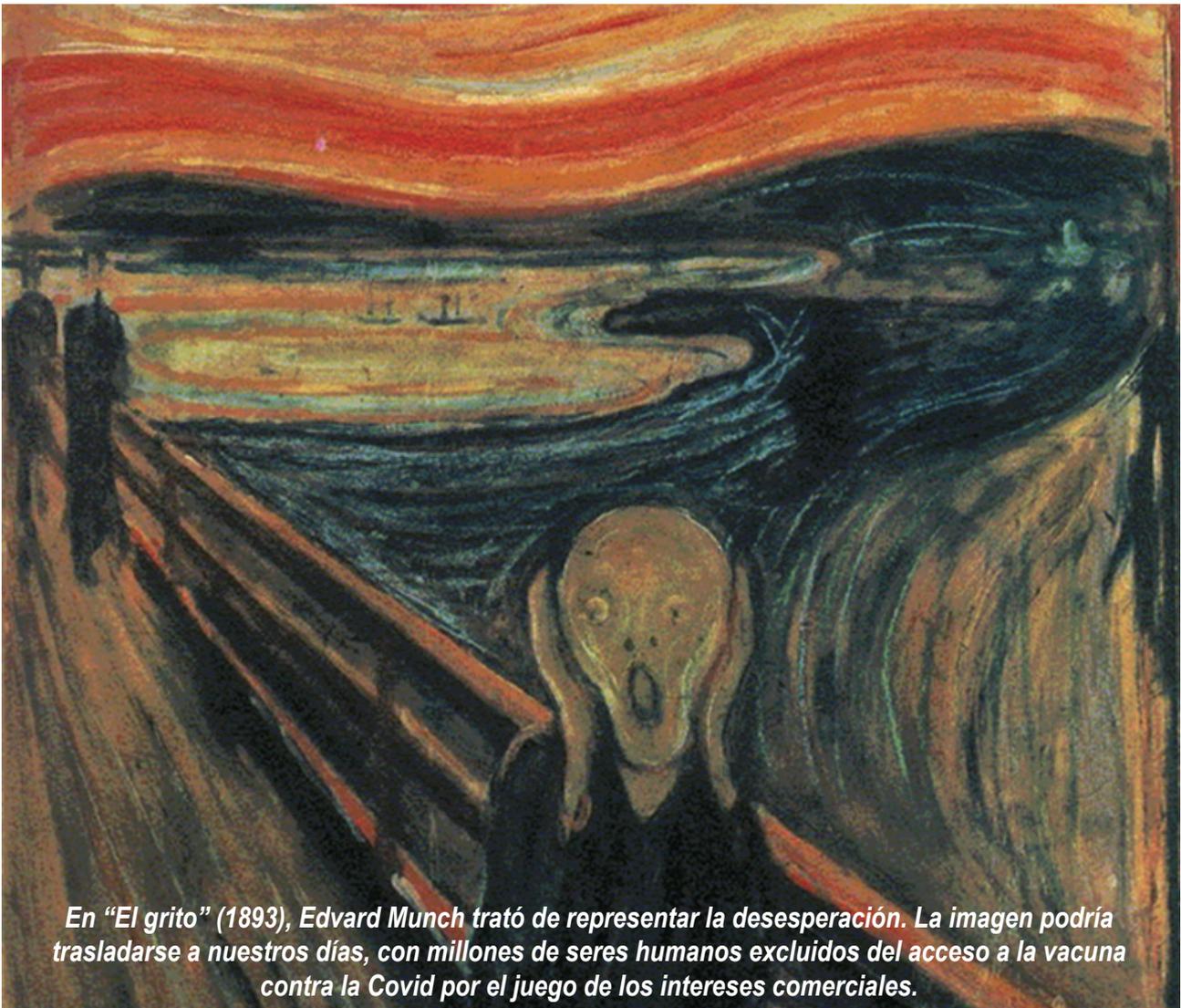
sus pruebas de diagnóstico bajo una licencia no exclusiva a C-TAP, hasta la fecha, ninguna empresa que comercializa vacunas ha aceptado unirse al Centro de Transferencia de Tecnología de ARNm Covid-19 de la OMS.

**7. La flexibilización de las restricciones a la exportación no eliminará la necesidad urgente de una exención de propiedad intelectual para abordar la aguda escasez de suministro.**

Desde el inicio de la pandemia Covid-19, EE. UU. ha introducido restricciones a la exportación de materias primas para la producción de vacunas, y la Comisión Europea y la India han introducido reglas que también restringen la exportación de

vacunas Covid-19. Los líderes europeos han citado las restricciones a la exportación, como un impedimento importante para el acceso a los medicamentos como respuesta al Covid-19, y una parte del próximo plan de la UE se centrará en las restricciones comerciales y de exportación.

Si bien las restricciones a la exportación han complicado el acceso global a los medicamentos, las políticas para aliviar las restricciones no eliminan la necesidad urgente de expandir y diversificar la fabricación a través del intercambio de propiedad intelectual y licencias abiertas y no exclusivas. De hecho, las restricciones a la exportación de cualquier país o región serían mucho menos importantes o potencialmente dañinas si tuviéramos una capacidad de fabricación global más grande y diversificada.



*En "El grito" (1893), Edvard Munch trató de representar la desesperación. La imagen podría trasladarse a nuestros días, con millones de seres humanos excluidos del acceso a la vacuna contra la Covid por el juego de los intereses comerciales.*

---

**OTRAS FUENTES**

---

## **Pricing of pharmaceuticals is becoming a major challenge for health systems**

### **La fijación de precios de los productos farmacéuticos se está convirtiendo en un desafío importante para los sistemas de salud**

**Steven G. Morgan, Hannah S Bathula, Sueri Moon**

*BMJ* 2020; 368: 14627. <https://www.bmj.com/content/368/bmj.14627>

*A continuación presentamos la traducción de un excelente artículo de Steven G. Morgan, Hannah S. Bathula y Suerie Moon donde se responde de forma clara y concisa a las cuestiones que se plantean de forma habitual con los precios y el acceso a los medicamentos. Desde una reflexión inicial donde analiza la inelasticidad como característica clave del mercado farmacéutico para continuar con el análisis del elevado precio de los fármacos patentados, la opacidad y falta de transparencia de los costes de investigación y desarrollo, etc. Recomendamos vivamente a nuestros lectores su lectura.*

Los fabricantes que utilizan su poder de mercado para maximizar las ganancias dan como resultado precios injustificables e inasequibles, argumentan Steven Morgan y sus colegas.

Las innovaciones farmacéuticas durante el último medio siglo han permitido el tratamiento y la prevención eficaces de una amplia gama de enfermedades. Estos avances fueron tan importantes en la atención médica moderna que el acceso equitativo a ellos se ha considerado un derecho humano fundamental. Cumplir con ese derecho crea un enorme valor social, pero plantea un importante desafío político debido a sus costos. El gasto mundial en productos farmacéuticos alcanzó los 1,135 billones de dólares en 2017, un 56% más que en 2007.

Si bien la demanda de medicamentos es uno de los impulsores del gasto farmacéutico, el aumento de los precios es una preocupación principal para los administradores de los

sistemas de salud, porque los precios de los medicamentos se encuentran cada vez más en niveles que parecen "injustos". En este artículo, revisamos la evidencia de que los precios de los medicamentos a menudo exceden la relación calidad-precio y la compensación razonable por la inversión de las empresas en su investigación. Sostenemos que el precio de los productos farmacéuticos es un desafío creciente para todos los países, lo que pone en duda la sostenibilidad de los sistemas que se supone que impulsan la innovación farmacéutica.

#### **Innovación y poder de mercado**

Para lograr el valor social de las innovaciones farmacéuticas se requieren políticas que promuevan la financiación de la investigación y su desarrollo en áreas de necesidad insatisfecha sustancialmente y, al mismo tiempo, que proporcionen acceso a las innovaciones. El poder de mercado limitado en el tiempo a través de las patentes es una forma de fomentar la inversión en

**Steven G. Morgan, Hannah S. Bathula, Sueri Moon**

investigación y, al mismo tiempo, permitir que la competencia reduzca los precios y, por tanto, aumente el acceso. Las patentes logran un equilibrio "justo" en los mercados ideales caracterizados por la competencia entre tecnologías nuevas y antiguas que satisfacen las necesidades de consumidores plenamente informados que enfrentan simples concesiones de consumo frente a restricciones presupuestarias bien definidas.

Los problemas surgen en el sector farmacéutico porque el mercado económico ideal rara vez existe en la atención médica, lo que puede sesgar las recompensas y, por lo tanto, las inversiones en innovación. El sector farmacéutico puede potencialmente abusar del poder de mercado debido a la inelasticidad de la demanda de los medicamentos necesarios. A diferencia de los consumidores de productos ordinarios, los consumidores de medicamentos patentados, también conocidos como pacientes con necesidades médicas, pueden no estar en condiciones de aplazar el consumo hasta que bajen los precios. Además, a diferencia de los consumidores comunes, los pacientes a menudo están aislados del costo de los tratamientos debido a diversas formas de financiación colectiva, en particular, el seguro médico público o privado. Las empresas pueden explotar la vulnerabilidad de los pacientes y los planes de financiación colectiva pidiendo precios que superen con creces las definiciones estándar de relación calidad-precio. Estos precios inflados generan ingresos que superan ampliamente los costes del desarrollo de medicamentos.

### **Concerniente a las tendencias Precios de medicamentos patentados**

Tanto por razones científicas como económicas, la industria farmacéutica ha puesto un mayor énfasis en el desarrollo de medicamentos especializados en los últimos años. Durante la última década, por ejemplo, el número promedio anual de aprobaciones de nuevos medicamentos oncológicos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU

aumentó en un 204% y el promedio anual de aprobaciones de medicamentos huérfanos se incrementó en un 175%

En 2015, el 65% de las nuevas sustancias activas aprobadas por primera vez por la FDA, la Agencia Europea de Medicamentos y Health Canada eran medicamentos de especialidad.

Junto con el mayor número de nuevos medicamentos especializados, los sistemas de salud están experimentando grandes aumentos en el coste de cada paciente tratado con dichos medicamentos. Por ejemplo, los tratamientos para la esclerosis múltiple tenían un precio en los EE.UU. de \$ 8000 (£ 6400; € 7100) a \$ 11 000 al año a mediados de la década de 1990. En 2015, los nuevos tratamientos costaron alrededor de \$ 60 000 al año. De manera similar, después de ajustar por inflación general, el precio promedio mensual en los EE. UU. de los nuevos tratamientos contra el cáncer en el momento de su aprobación por la FDA de EE. UU. aumentó de poco más de \$ 100 en la década de 1960 a más de \$ 10 000 en los últimos 7 años. Esta tendencia en los precios del cáncer no ha estado acompañada de evidencia de mejoras proporcionales en los resultados del tratamiento.

Los precios de los nuevos tratamientos para enfermedades raras presentan aún menos asequibilidad. En EE. UU. en 2016, el precio medio anual por cada paciente/ año tratado con los medicamentos huérfanos más vendidos fue de \$ 83 883. Esto es 5,5 veces el costo medio anual de los medicamentos no huérfanos más vendidos. Algunos medicamentos huérfanos tienen precios tan altos que logran el estatus de "medicamentos de gran éxito" a pesar de ser tratamientos para enfermedades raras. Un ejemplo de esto es ivacaftor, un tratamiento para ciertos subtipos de fibrosis quística. Tenía un precio en los EE. UU. de alrededor de \$ 300.000 por paciente / año y obtuvo ingresos globales netos de su fabricante de \$ 3,65 mil millones desde 2014 hasta 2018, con \$ 4,68 mil millones adicionales para productos de combinación relacionados durante el mismo

período. Eculizumab, utilizado para tratar la hemoglobinuria paroxística nocturna y el síndrome urémico hemolítico atípico tenían un precio en los Estados Unidos de aproximadamente \$ 400 000 por paciente por año. Se espera que alcance más de \$ 5 mil millones en ventas anuales para 2022.

En muchos casos, los precios de los nuevos medicamentos especializados están muy por encima de los umbrales tradicionales de relación calidad-precio definidos por los costes de oportunidad en los sistemas de salud, más allá de los cuales la cobertura es poco probable. Por ejemplo, la Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en la Salud estimó que el incremento en el coste por cada año de vida ajustado por calidad ganado con el medicamento combinado lumacaftor / ivacaftor (Orkambi) será de \$ C4 773 615 en comparación con la atención estándar. Esto es de 50 a 100 veces más alto que los umbrales más allá de los cuales la cobertura pública es poco probable en Canadá, incluso para el tratamiento de enfermedades raras. Los citados precios de lista no parecen razonables o "justos" a cambio de los beneficios para la salud proporcionados, dado el beneficio para la salud que se puede lograr mediante usos alternativos de los recursos.

### **Precio secreto y discriminación**

Se podría argumentar que la preocupación por los altos precios de lista está fuera de lugar porque los fabricantes a menudo ofrecen descuentos sustanciales a los compradores institucionales de medicamentos. Estos descuentos confidenciales son ahora la norma entre los países de ingresos altos y pueden variar considerablemente entre las áreas terapéuticas y los países. Aunque reducen los precios finales, el uso generalizado de descuentos confidenciales sigue siendo una preocupación para los sistemas de salud.

Los descuentos de precios confidenciales permiten a los fabricantes cobrar precios diferentes a diferentes pagadores. Mantener

los precios finales en secreto evita que todos exijan el precio más bajo disponible. Si los precios finales negociados de manera confidencial reflejan la capacidad de pago de cada sistema de salud, tal esquema de precios permitiría a los fabricantes atender a más mercados de lo que sería posible con precios más transparentes. Sin embargo, es muy probable que las negociaciones secretas resulten en los precios más bajos para los países con mayor poder de negociación. Esto no significará necesariamente precios más bajos para los países más pobres. De hecho, hay pruebas de que los precios de catálogo de algunos medicamentos son más altos en términos absolutos y como porcentaje del ingreso promedio en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. El secreto hace que sea prácticamente imposible protegerse contra tal inequidad en los precios finales.

Además, las negociaciones confidenciales a menudo comienzan a precios de lista que superan con creces los umbrales de cobertura convencionales, a veces en órdenes de magnitud. Esto indica que los fabricantes tienen la intención de asegurar precios finales que alcancen o superen los umbrales que normalmente definirían el valor máximo de un medicamento para un sistema de salud. Si esta no fuera la intención, la negociación podría comenzar a precios mucho más cercanos a niveles que pueden justificarse por la rentabilidad. De esta manera, reflejarían más de cerca la división de los beneficios sociales de la innovación entre innovador y sistema de salud. Si cada sistema de salud paga la cantidad máxima que está dispuesto a pagar en circunstancias de negociaciones de precios de vida o muerte, sin saber que podrían ser posibles precios más bajos, existe el peligro de crear recompensas excesivas para las empresas. También podría resultar en ineficiencias del sistema de salud al desplazar las inversiones en formas de atención de mayor valor para los pacientes. La existencia de límites más transparentes y consistentes en el rango de precios sobre los cuales los fabricantes pueden negociar podría hacer que más

medicamentos estén disponibles para los pacientes a precios más asequibles para los sistemas de salud, sin desalentar la inversión en innovaciones del mayor valor social neto.

### **Ingresos para titulares de patentes**

Incluso cuando los precios se encuentran dentro de los rangos convencionales de rentabilidad, los ingresos totales de las empresas con patentes y otras formas de protección del mercado pueden superar los niveles que parecerían razonables o "justos". Un buen ejemplo es el sofosbuvir y los productos de combinación relacionados fabricados por Gilead Sciences. Debido a su eficacia excepcional, estos nuevos tratamientos para la hepatitis C podrían considerarse rentables para muchos pacientes, incluso a precios de lista que pueden parecer muy altos. No obstante, el efecto sobre los presupuestos del sistema de salud y los ingresos para el fabricante suscita inquietudes.

Las ventas globales de Gilead de sofosbuvir y productos combinados relacionados ascendieron a \$ 59 mil millones desde 2014 hasta 2018.<sup>18</sup> Se ha estimado que el costo total de tratar a todos los pacientes con hepatitis C a precios publicados para los productos de sofosbuvir sería igual al menos a una décima parte del costo anual actual para todos los medicamentos en 30 países. Estos ingresos extraordinarios para el tratamiento de una sola enfermedad plantean interrogantes sobre la asequibilidad de los sistemas de salud y la equidad de la rentabilidad de los costos de investigación y desarrollo.

### **Precios relativos a los costes de investigación**

Se podría argumentar que los precios e ingresos farmacéuticos aparentemente excesivos son justos hoy porque los costes de desarrollo son muy altos. Sin embargo, los fabricantes no revelan sus costes de investigación y desarrollo, cuando afirman que se necesitan precios altos para recuperar

las inversiones. En su lugar, a menudo citan costos promedio hipotéticos de desarrollo de medicamentos basados en datos opacos y autoinformados. Además del potencial de sesgo en dichos datos, las estimaciones promedio no son específicas para el caso de ninguna empresa sobre el precio de un medicamento en particular. Además, la tendencia hacia el desarrollo de medicamentos más especializados, en particular medicamentos huérfanos, implica que se están aprobando muchos medicamentos nuevos en base a ensayos más pequeños y, en consecuencia, menores costos de desarrollo.

Los costos citados del desarrollo de fármacos tampoco reconocen el papel fundamental del financiamiento público y sin fines de lucro de la investigación y el desarrollo. Un estudio reciente encontró que los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU contribuyeron con un promedio de \$ 839 millones para investigación básica o aplicada para cada uno de los 210 medicamentos de primera clase aprobados en los EE. UU. Entre 2010 y 2016 los gobiernos también realizaron considerables inversiones indirectas en el desarrollo de fármacos por deducciones fiscales y créditos fiscales. Estos pueden reducir significativamente los costes de desarrollo asumidos por el fabricante, en particular para los medicamentos huérfanos.

Los responsables de la formulación de políticas y el público también deben desconfiar de los argumentos de que los "costes de adquisición" en el sector farmacéutico representan una inversión en el desarrollo de medicamentos. Gran parte del costo de adquirir empresas que han desarrollado nuevos medicamentos prometedores, como la adquisición de Pharmasset por \$ 11 mil millones por parte de Gilead en 2011, es una inversión comercial en un activo intangible, no una inversión en investigación y desarrollo.

Por último, centrarse en los costos de desarrollo de medicamentos como justificación de los altos precios de los



Imagen de [fernando zhiminaicela](#) en [Pixabay](#)

medicamentos patentados pasa por alto un punto central del sistema de patentes. Las patentes no son herramientas de políticas retrospectivas destinadas a compensar a las empresas por sus inversiones anteriores. Si lo fueran, las empresas tendrían un incentivo para desperdiciar recursos durante el desarrollo de medicamentos, sabiendo que el sistema los compensaría al final. En cambio, las patentes son herramientas de políticas con visión de futuro. Están destinados a indicar a las empresas que el rendimiento potencial de la innovación será proporcional al valor social del descubrimiento, pero nunca superará ese valor. Esto brinda a las empresas un incentivo para elegir proyectos de investigación que se espera generen un valor social neto positivo después de tener en cuenta los costes de investigación, que también tendrán un incentivo para administrar de manera eficiente. Por el contrario, una estructura de recompensa que

permite a las empresas cobrar precios que exceden el valor social recompensará en exceso el desarrollo de productos que pueden imponer esos precios, al tiempo que desviarán los recursos de usos más productivos dentro de los sistemas de salud.

Para maximizar los beneficios para la salud de las poblaciones y proporcionar un incentivo para las innovaciones valiosas, los sistemas de salud requieren políticas que garanticen que los precios de los productos farmacéuticos nunca excedan el valor comparativo del dinero, que los rendimientos de la inversión en investigación sean razonables y que la competencia de precios se produzca lo antes posible y se mantenga. . Si tal precio daría lugar a una inversión insuficiente en la investigación y el desarrollo farmacéuticos deseables, se requieren mecanismos para desvincular los costos de desarrollo de medicamentos del precio final.

## Precios de medicamentos más antiguos

No son simplemente los monopolios de patentes los que están haciendo subir los precios de los medicamentos. El crecimiento de los precios de los productos farmacéuticos sin patente también es preocupante. Por ejemplo, un análisis reciente encontró que la mayoría de los medicamentos de la lista de medicamentos esenciales de la OMS se venden en el Reino Unido y Sudáfrica a precios significativamente más altos que los estimados a partir de los costes de producción; algunos medicamentos genéricos tienen un precio de más de 100 veces su coste de producción estimado. Estos precios sugieren que el poder de mercado se está ejerciendo de manera incompatible con la noción de que los productos farmacéuticos sin patente deben estar disponibles a precios cercanos al coste de producción: el sello de los mercados económicos ideales caracterizados por precios realmente competitivos.

En los últimos años, los precios de los medicamentos sin patente también han aumentado rápidamente en los países de ingresos altos. Cuando un fabricante de un medicamento sin patente no se enfrenta a la competencia y el tratamiento es esencial, los precios pueden aumentar drásticamente. Esto continúa hasta que un competidor ingresa al mercado. Este fue el caso, por ejemplo, de Daraprim (pirimetamina), un agente antiparasitario utilizado para prevenir o tratar la toxoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos. Ha estado disponible durante unos 60 años y dejó fuera de patente desde la década de 1970. Turing Pharmaceuticals se convirtió en el único fabricante de pirimetamina en 2015 y decidió aumentar el precio de una tableta de \$ 13.50 a \$ 750, un aumento del 5500 %.<sup>29</sup>

## Conclusión

Hay pruebas de que los precios de los productos farmacéuticos suelen ser injustos. Muchos precios superan los umbrales de

asequibilidad y relación calidad-precio y no están justificados por los costes de investigación y desarrollo. Estos precios no son necesarios para llevar al mercado las innovaciones deseadas; simplemente refleja a los fabricantes que utilizan su poder de mercado para maximizar las ganancias. Aunque es tentador culpar solo a la industria por los resultados, los gobiernos deben evitar la fijación de precios injustos y las barreras de acceso y las distorsiones de los incentivos a la innovación.

Las políticas que amplían los derechos de propiedad intelectual y limitan los controles de precios van en contra de la salud universal y el acceso a los medicamentos necesarios. Los gobiernos deben desarrollar sus capacidades para corregir tales fallas.

## Mensajes clave

Brindar acceso universal a los medicamentos necesarios crea un enorme valor social, pero plantea un importante desafío político debido a los costos involucrados

Muchos medicamentos tienen precios a niveles inasequibles para los pagadores, mientras que compensan de manera más adecuada a los vendedores por los costos incurridos o carecen de justificación en sus beneficios para los sistemas de salud.

Los gobiernos, individual y colectivamente, deben desarrollar leyes, políticas y capacidad institucional que eviten este tipo de precios "injustos".

*Este artículo es parte de una serie propuesta por la OMS y encargada por The BMJ.*

*Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution IGO License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/igo/>).*

*Artículo traducido por la CR de la revista AJM*

*Nota de la CR: El lector interesado puede acceder a las referencias bibliográficas y a las notas de pie de página en el texto original*

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



**Patent Monopolies and Inequality:  
When We Give Rich People Money,  
Why Does Inequality Surprise Us? -  
Center for Economic and Policy  
Research**

<https://cepr.net/patent-monopolies-and-inequality-when-we-give-rich-people-money-why-does-inequality-surprise-us/>

*Comentario CR:* Dean Baker analiza con su rigor habitual los argumentos habituales y las contradicciones en las que incurren los defensores de las patentes. Su lectura es altamente recomendable por la solidez de sus planteamientos. Además con la satisfacción añadida de leer su respuesta a las afirmaciones de Thomas Cueni.



**The unexpected European dilemma:  
Support the US — or Big Pharma? -  
Investigate Europe**

<https://www.investigate-europe.eu/en/2021/vaccine-patent-waiver-usa-europe-covid-trips-wto/>

[https://www.investigate-europe.eu/en/2021/vaccine-patent-waiver-usa-europe-covid-trips-wto/?pk\\_campaign=mailjet&pk\\_kwd=May+newsletter&pk\\_source=newslett](https://www.investigate-europe.eu/en/2021/vaccine-patent-waiver-usa-europe-covid-trips-wto/?pk_campaign=mailjet&pk_kwd=May+newsletter&pk_source=newslett)

*Comentario CR:* El interés de este artículo, además de la reflexión general, es la descripción detallada del posicionamiento de los países de la UE en la aplicación de las licencias obligatorias.

**The  
Economist**



**Mariana Mazzucato, Jayati Ghosh and  
Els Torrele on waiving covid patents**

<https://www.economist.com/by-invitation/2021/04/20/mariana-mazzucato-jayati-ghosh-and-els-torrele-on-waiving-covid-patents>

*Comentario CR:* Interesante y didáctico artículo como es habitual de M. Mazucatto publicado en The Economist.



**The high cost of prescription drugs:**

**causes and solutions.** S. Vincent Rajkumar

<https://www.nature.com/articles/s41408-020-0338-x.pdf>

*Comentario CR:* El autor incluye en su artículo una propuesta consistente, difícil y complicada de llevar a término, consistente en la posibilidad de que los países desarrollados hagan uso de las licencias obligatorias como parte de la negociación para conseguir precios razonables y como contrapeso al enorme poder que las patentes proporcionan a la industria farmacéutica. Esta estrategia no ha sido utilizada hasta ahora por los países ricos en sus acuerdos de compra anticipada donde podían haber empleado esta forma de presión.



### Carta pública de la AAJM a la Asamblea Mundial de la Salud

<https://accesojustomedicamento.org/carta-abierta-de-la-asociacion-para-el-acceso-justo-al-medicamento-al-director-general-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-y-a-los-miembros-representantes-de-los-paises-en/>

*Comentario CR:* La AAJM en colaboración con otras Asociaciones y sucesivas Mesas de Análisis y debate aprovecha la celebración de la 74 Asamblea Mundial de la Salud para dirigirse al Director General de la OMS Tedros Adhanom para pedirle: supresión de la Propiedad Intelectual para la producción de vacunas Covid-19, financiación pública de la investigación, aumento de la producción de vacunas, potenciar la plataforma C-TAP y un plan proactivo para futuras pandemias.



### Informe de vacunas de la plataforma No es Sano

[http://noessano.org/es/wp-content/uploads/2021/05/Informe\\_Vacunas\\_NES\\_.pdf](http://noessano.org/es/wp-content/uploads/2021/05/Informe_Vacunas_NES_.pdf)

*Comentario CR:* La plataforma No es Sano, en la que participa la AAJM, ha elaborado un informe sobre vacunas cuyas autoras son Irene Bernal y Eva Iraizón de Salud por Derecho. El mismo fue presentado en la mesa de Análisis y Debate de AAJM celebrada el pasado 27 de mayo a través de videoconferencia. El contenido de la misma es accesible en: [https://www.youtube.com/watch?v=YSGauo-b\\_uc](https://www.youtube.com/watch?v=YSGauo-b_uc)



### Concentración de Right2Cure ante el Congreso de los Diputados reivindicando la liberación de las patentes de vacunas contra la Covid

<https://accesojustomedicamento.org/concentracion-de-right2cure-frente-al-congreso-ante-la-inminente-votacion-del-parlamento-europeo-sobre-la-posicion-de-la-institucion-frente-a-las-patentes-de-la-vacuna-anticovid/>

*Comentario CR:* representantes de las organizaciones integradas en Right2Cure, entre las que se encuentra la AAJM, se concentraron frente al Congreso de los Diputados el 8 de junio como medida de presión ante la votación en el Parlamento Europeo al día siguiente para decidir la posición de la institución sobre las patentes. Así mismo remitieron cartas al presidente del Gobierno D. Pedro Sánchez. A la presidenta del Congreso Dña. Merixel Batet y a la Presidenta la Comisión Dña. Ursula von der Leyen. Ver la carta a la presidenta del Congreso: <https://drive.google.com/file/d/1TqzCB0RFugOX0ftUhJb0kfdUK0Wg584h/view>



### El Parlamento Europeo pide una exención temporal de patente de la vacuna COVID-19

<https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20210604IPR05514/parliament-calls-for-temporary-covid-19-vaccine-patent-waiver>

Los eurodiputados exigen el levantamiento temporal de la protección de los derechos de propiedad intelectual para las vacunas COVID-19. En una resolución con 355 votos a favor, 263 en contra y 71 abstenciones, se propone el inicio de negociaciones para una exención temporal del Acuerdo sobre los ADPIC de la OMC sobre patentes.



### Resolución de la 74 Asamblea Mundial de la Salud sobre Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias

<https://www.who.int/es/news/item/31-05-2021-the-seventy-fourth-world-health-assembly-closes>

Según se acordó, la COVID-19 y otros brotes de enfermedades, así como las crisis humanitarias continuadas, ponen de relieve la necesidad de adoptar un enfoque colectivo y coordinado más sólido respecto de la preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias. Los Estados Miembros acordaron volver a reunirse en noviembre, en una reunión especial de la Asamblea Mundial de la Salud, a fin de considerar el desarrollo de un tratado mundial de la OMS.

## PÍLDORAS AMARGAS

En el discurso inicial de la 74 Asamblea Mundial de la Salud, de este mes de junio, el director general de la OMS manifestaba como lema de la reunión: “ Poner fin a esta pandemia y prevenir la próxima construyamos juntos un mundo más sano, más seguro”.

Sin embargo, las resoluciones adoptadas han estado lejos de la urgente y necesaria adopción de medidas para conseguir un acceso universal a las vacunas. Como resultado de sus reuniones la Asamblea ha propuesto la creación de un grupo de trabajo de estados miembros encargados de revisar las recomendaciones realizadas por el Panel independiente de expertos. Además, evaluar los posibles beneficios de un nuevo acuerdo o instrumento internacional de la OMS para conseguir una respuesta más rápida y eficaz de la OMS ante emergencias sanitarias como la actual pandemia.

Sin embargo para impulsar y desarrollar estas actuaciones, que se califican como urgentes, se ha decidido aplazar hasta noviembre a una nueva Asamblea de carácter extraordinario

La OMS con esta decisión demuestra su incapacidad actual para enfrentarse al gravísimo problema de la distribución mundial equitativa de vacunas. De nuevo plantea un “vuelva usted mañana”; demorando decisiones clave, como por ejemplo: desarrollar las claras recomendaciones del Panel y aplicar la exención de la propiedad intelectual y la transferencia de conocimientos y tecnología para incrementar la fabricación de vacunas a nivel mundial.

Una oportunidad fallida

Puedes colaborar con esta revista o directamente con la Asociación de Acceso Justo al Medicamento (AAJM). <https://accesojustomedicamento.org/colabora-con-nosotros/>

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712



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