ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

Nº. 9
FEBRERO 2022

https://accesojustomedicamento.org/

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

EDITORIAL

Ahí, ahí, venga y venga, raca, raca. Roberto Sabrido Bermúdez Vicepresidente de la Asociación Acceso Justo al Medicamento. 3

TRIBUNA

Una pandemia no se supera desde el egoísmo. Julián Ezquerra Gadea. Exsecretario general de AMYTS, médico de familia. 5

ORIGINALES

El control del gasto farmacéutico en España exige cambios estructurales en el SNS. Javier Rey del Castillo. Doctor en Medicina, especialista en Cardiología, inspector médico de la Seguridad Social. 8

Producción local de vacunas y medicamentos: más necesaria que nunca. Vanesa López. Directora de Salud por Derecho 10

OTRAS FUENTES

El acceso a las vacunas pone a la UE y África en desacuerdo antes de la cumbre. Ashleigh Furlong. 13

Molnupiravir de Merck: superenda las barreras inminentes para un acceso global asequible. Brook Baker. 17

Los monopolios farmacéuticos siguen impidiendo el acceso a las vacunas contra la COVID en todo el mundo. Sarah Lazare. 21

Congreso de los Diputados. Comisión de Investigación relativa al Plan de Vacunación. Comparecencias de Joan-Ramon Laporte, Vanesa López y Francesc Puigventós. 26

CARTAS AL PRESIDENTE DEL GOBIERNO Y A LA MINISTRA DE SANIDAD 28

INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS 32

CARTA A LA COMISIÓN DE REDACCIÓN 34

ÚLTIMA HORA ¡NO A LA GUERRA! 36

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), 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***

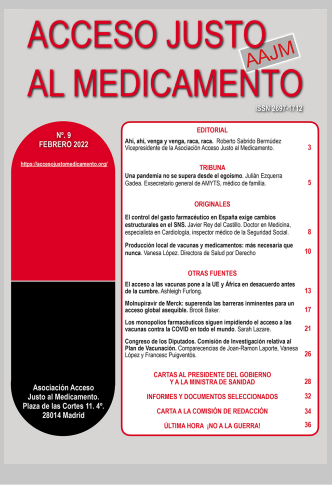
Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de exclusiva competencia y responsabilidad de sus autores. El punto de vista de la AAJM queda reflejado en el editorial.

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*** . 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 9. FEBRERO 2022. ***Histórico de revistas***.

Web amigas: **NO ES SANO**, **SALUD POR DERECHO**, **NO PROFIT ON PANDEMIC.EU**, **THE PEOPLE'S VACCINE** , **OMC**.



EDITORIAL

Ahí, ahí, venga y venga, raca, raca

Roberto Sabrido Bermúdez.
Vicepresidente de la Asociación Acceso Justo al Medicamento.

Hay gestos y actitudes que son necesarios, por ejemplares, y que contribuyen a hacer más visibles nuestras desigualdades e injusticias sociales.

Uno de esos gestos ha sido el anuncio que recientemente ha hecho la vicepresidenta primera y ministra de Asuntos Económicos, Nadia Calviño, que ha manifestado en un acto al que estaba invitada que "no va a asistir a más debates en los que sea la única mujer", entre otras cosas, "porque no se puede considerar como normal que en los debates no esté presente el 50% de la población".

Al leer esto, podíamos imaginar otra actitud que consistiera en que los ministros de Sanidad de todos los países, o los consejeros de Sanidad de las Comunidades Autonómicas o, aunque fuese un sólo consejero de Sanidad, que se comprometiera a no asistir a ningún acto a explicar sus políticas sanitarias donde el patrocinador principal sea la industria o un laboratorio farmacéutico. Entre otras cosas, porque no podemos considerar como normal, ni necesario, que para explicar sus propuestas tenga que ir a un evento, a un hotel de muchas estrellas y patrocinado por un laboratorio farmacéutico. El mensaje que se traslada a la población y a los profesionales sanitarios, con este tipo de actos es confuso y, a la vez, contradictorio con otros mensajes institucionales que se mandan.

Además, para exponer las nuevas líneas o los avances en las políticas sanitarias ya están los Parlamentos Autonómicos y si necesitan debatir entre ellos para eso está el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o reunirse entre todos en cualquier Consejería. Ese sería un gesto posible y deseable en el que, como Asociación por un acceso justo al medicamento, vamos a seguir insistiendo.

Porque la persistencia en los planteamientos y la firmeza en los mensajes es necesaria. Nosotros como asociación, aunque pequeña, debemos ser perseverantes en nuestra postura, con nuestros propios medios y siendo conscientes de que luchamos contra "gigantes".

Me viene aquí a la memoria un momento de la película "Ocho apellidos catalanes ", en la que Amaia (Clara Lago), hija de Koldo (Karra Elejalde), le reprocha a su padre que haya acudido a su pedida de boda con su antiguo novio Rafa (Dani Rovira), Koldo le contesta que es que Rafa se ha puesto muy pesado con que quería ir y que le ha estado todo el tiempo insistiendo "ahí, ahí, venga y venga, raca, raca" y no le ha podido decir que no.

Con esto, quiero reforzar la idea de que nosotros, debemos ser pertinaces y pesados en nuestros mensajes, como Rafa con Koldo.

Estamos hartos de oír como la patronal española y europea de la industria farmacéutica y los grandes laboratorios, aprovechan cualquier evento que patrocinan (y son muchos) para lanzar el mensaje de que sin las patentes no habría nuevos medicamentos y que lanzar una innovación al mercado requiere de ingentes inversiones y por eso son tan estratosféricamente caros. No voy a dar aquí argumentos en contra de ese mensaje, muchos de los que estáis leyendo este editorial ya los sabéis y los que

no os acordáis podéis leerlo en la pág. web *accesojustomedicamento.org* y en los variados artículos y editoriales publicados en números anteriores esta revista.

Pero sí que quiero poner de manifiesto hechos que contradicen ese mensaje dominante.

Uno, es la nueva vacuna Corbevax, desarrollada por el Centro para el desarrollo de vacunas del Texas Chidren`s Hospital, codirigido por los Drs. María Elena Botazzi y Peter Hotez, que demuestra, una vez más, que se puede innovar y hacer que esta innovación sea accesible a todo el mundo. Como dice la Dra.Botazzi "Moralmente nos preguntamos qué necesidad hay de patentar…"

Otro hecho importante, desde mi punto de vista, aunque no tenga nada que ver con el mundo farmacéutico (o sí, quien sabe), es que ya han salido los de siempre con sus mensajes de que la reciente aprobación de la subida del Salario Mínimo interprofesional a 1.000 euros, supondrá una gran pérdida de puestos de trabajo (que barbaridad ganar 1.000 euros brutos). Les da igual que, aunque dijeron lo mismo con las subidas del SMI en los últimos años, los hechos han demostrado lo contrario, así en 2021 el paro registró una bajada histórica de 782.232 personas, hasta inscribir su menor nivel en 14 años. También prefieren obviar que el último Premio Nobel de Economía, el canadiense David Card, ya demostró en los años 90 que no había impacto negativo en el empleo por la subida del SMI.Y curiosamente acabo de leer una noticia del día 4 de febrero titulada "¿y el problema eran los salarios? Amazon dispara sus beneficios subiendo sueldos".

Pero qué le vamos a hacer, los que tienen casi todo, pero quieren más, seguirán machacando con sus mensajes sobre la necesidad de las patentes para innovar, sobre la subida del SMI y contra todo aquello que no les convenga a sus intereses económicos.

El día 6 de este mes también leía una entrevista al consejero de Sanidad de Extremadura que contestaba a una de las preguntas lo siguiente "…el acceso justo a los medicamentos no se consigue sólo con la extinción de las patentes si no también con la responsabilidad social corporativa". Lo de la RSC es algo muy discutible, ya que no se puede dejar un hecho tan importante a la voluntariedad de las empresas, ni a las donaciones altruistas ni a la caridad. Pero bueno, al menos se reconoce que las patentes pueden dificultar el acceso justo a medicamentos, aunque no "sólo" eso.

En fin, aunque no estemos de acuerdo con la totalidad de la respuesta, algo es algo, parece que el mensaje cala, y por eso, aunque no tengamos el mismo poder mediático, os pido a todos y todas los que estéis leyendo estas líneas y que estáis preocupados por las trabas que las patentes suponen a un acceso universal a los medicamentos, que sigamos "Ahí, ahí, venga y venga, raca, raca" y colaboréis con esta revista, la cual ponemos a disposición de todo aquel que quiera empujar en este sentido.

TRIBUNA

Una pandemia no se supera desde el egoísmo

Julián Ezquerra Gadea.
Ex-secretario general de AMYTS, médico de familia.

Me gusta iniciar mis artículos de opinión con una frase que haga referencia a lo que quiero expresar. En esta ocasión, hago mía esta frase de Al Pacino en la película "Un domingo cualquiera": *"O nos curamos ahora como equipo, o moriremos como individuos"*. La pandemia de la COVID-19 o la superamos en equipo, en este caso todos los ciudadanos del mundo, o moriremos como individuos, en este caso los llamados países del primer mundo.

Estamos sufriendo la mayor crisis sanitaria de los últimos 100 años. Dejando al margen las guerras, la pandemia de la COVID-19 es, sin ninguna duda, la mayor catástrofe sanitaria que hemos vivido desde aquella mal llamada "gripe española" de 1918. Una pandemia que afecta a todo el mundo, que no "respeta" la riqueza de un país, que no distingue de fronteras, que afecta a ricos y a pobres, que no diferencia en función del PIB o la renta per cápita, que, incluso, ha afectado a la mayor potencia mundial, a los Estados Unidos de Norteamérica, o a los grandes países de la Europa Occidental. No se salva nadie.

Los comienzos de esta crisis fueron dramáticos, aunque parecían alejados de nuestro mundo occidental confortable. Aparece en una ciudad de China, Wuhan, hasta ahora una desconocida para la inmensa mayoría. Nos parecía todo muy lejano, afectaba a un país que hasta no hace mucho tiempo era hermético, muy cerrado y que vivía en su mundo y su cultura.

Pero la realidad es la que ya sabemos. China era un gigante dormido, pero hace ya un tiempo que despertó, se desarrolló, inició un profundo proceso de cambio y desarrollo, se fue "occidentalizando" y con la globalización se convirtió en una potencia mundial de primer orden. Sus habitantes fueron emigrantes que llegaron a todos los países más desarrollados, se implantaron en el mundo de los negocias y crearon una extensa red de empresas. Con ello, el fujo de ciudadanos entre China y el resto del mundo se incrementó y ya era muy raro no ver ciudadanos de chinos en cualquier parte del mundo.

Por ello, una infección nueva que apareciera en Wuhan o en cualquier otro lugar de China, era de esperar que rápidamente se extendiera por todo el mundo. Ningún país, por potente o rico que fuera, se mantendría libre de verse afectado por la COVID-19. Yo sigo renegando de como se afrontó esta crisis en el mundo occidental y, en concreto en España, y siempre guardaré en el recuerdo de los mayores desaciertos aquellas primeras intervenciones del Dr. Fernando Simón, en especial la que auguraba que si llegaba a España afectaría a como mucho algún caso diagnosticado. ¡Qué error!

Los inicios fueron dramáticos. La letalidad era altísima. Fallecieron miles de pacientes. Lo hicieron de la peor forma posible, en solitario, muchos de ellos abandonados a su suerte y sin tratamiento. Los clínicos afrontaron estos primeros meses desde la incertidumbre, desde el desconocimiento de una enfermedad que producía una neumonía bilateral y posteriormente una cascada inflamatoria de consecuencia conocidas. Se experimentaron todo tipo de tratamientos, incluso se protocolizaron algunos de ellos, se llegó a una medicina en la que se obró según arte y en base a los conocimientos clínicos y experiencia de cada facultativo que atendía estos pacientes. Antibióticos, antivirales, corticoides,

heparina, anticuerpos monoclonales, suero hiperinmune, etc., y por supuesto oxigenoterapia de alto flujo. Se iniciaron estudios y ensayos varios para dotarnos de tratamientos eficaces, pero, sobre todo, y con ello quiero llegar al punto principal de este artículo, se impulsaron los ensayos para desarrollar rápidamente una vacuna.

El objetivo de conseguir en tiempo récord una vacuna era evidente y para ello se necesitaban varias cosas. La primera, industria farmacéutica capaz de desarrollarla. Por otro lado, investigadores que priorizaran esta nueva necesidad. También aunar esfuerzos los países más desarrollados y entender que este objetivo era una prioridad. Se hicieron concesiones de todo tipo para agilizar los plazos en los que de forma habitual se realizan los ensayos clínicos, priorizando la necesidad última sobre la más estricta seguridad del ensayo. Y así fue como se logró disponer de vacunas en tiempos récord, en concreto para los países occidentales y con el visto bueno y acreditación de la FDA americana y la EMA europea, las vacunas de Astra Zéneca, Pfizer, Moderna y Janssen. También se acreditaron, fuera de los países de nuestro entorno, vacunas en Rusia, China, etc.

Pero todo esto no hubiera sido posible sin la financiación de los gobiernos y el "apoyo" a la industria farmacéutica. Si no me equivoco, se compraron millones de dosis de vacuna por adelantado y con ello se facilitó el desarrollo de todo el proceso de diseño, ensayos y fabricación.

Soy defensor de la industria farmacéutica y del valor que añaden. Todos conocemos cómo funciona este sector, las dudosas formas que algunos siempre señalan, su afán de ganar dinero, todo ello cierto, y que en ocasiones les cuesta mantener "medicamentos huérfanos" o aquellos de bajo precio que pretenden cambiar por nuevas moléculas más costosas. No quiero entrar en esta polémica y no me parece el momento más adecuado. También quisiera decir que tras los intereses de las farmacéuticas hay otras cosas que muchos no quieren ver y menos entender. No podemos olvidar que la investigación y desarrollo de un nuevo fármaco es muy costoso y que posiblemente de cada 10 que se inician solo 1 termina en éxito. Ello supone un gran gasto en investigación básica que no conduce a nada y que, en buena medida, esta industria lo que hace es repercutir este gasto en el precio del que si ha concluido con éxito.

Tampoco podemos olvidar que el precio de un fármaco no es un "poder" exclusivo del laboratorio, es el propio Ministerio de Sanidad el que lo determina en última instancia. Por tanto, si hay que repartir responsabilidades, hagámoslo de forma compartida.

Y llegados a este punto, ¿qué pasa con las vacunas? ¿es viable seguir pagando por ellas elevados precios? ¿ya han ganado lo suficiente? ¿entendemos que esta pandemia no terminará hasta que se vacune a toda la población? ¿entendemos que la globalización hace necesario que llegan hasta el lugar más recóndito y a los países más pobres? ¿asumimos que esto último tenemos que facilitarlo? ¿lo pagamos los países más desarrollados? ¿se levantan las patentes y se permite la fabricación por todos los que no pueden adquirirlos a los precios de "mercado"?

Muchas preguntas y necesidad de contestar a algunas de ellas.

Como todo en la vida, hay excepciones que confirman la regla. Y, posiblemente, esta es una de ellas. La norma, lo habitual, lo socialmente aceptado, es que el que desarrolla una patente e invierte en ello, tiene unos derechos que hay que respetar. Así es en todo el mundo occidental y es la norma que impera en el "mercado farmacéutico". La patente tiene unos años de vigencia y está en discusión si es o no "lícito", pero esta discusión está más en el marco teórico o de la ideología que en el del regulador, que parece que lo tiene claro. El

medicamente está en un punto intermedio entre un bien de mercado y un bien social. Generalmente se admite la necesidad de mantener las patentes en el entorno de los países occidentales, los que realmente tiene la capacidad de investigar y desarrollar productos que terminan en fármacos útiles.

Pero, aún partiendo de la realidad, de la norma, tenemos que ver si hay o no necesidad de hacer excepciones, en este caso y de forma clara, una excepción sobre la patente de las vacunas de la COVID-19.

Julián Ezquerra Gadea

Tenemos que ser muy exigentes en este caso, la pandemia depende de la vacunación de toda la población mundial y para ello debemos tener claro que el acceso a la vacuna debe ser universal, "pagarlo" los que pueden y permitir, aunque solo sea por el egoísmo y el bien común, que todos puedan acceder a ella. Bien sea con la financiación o bien con el permiso para su fabricación, es una necesidad de salud pública mundial, que esto se permita y se concrete de la forma más rápida y mejor posible. Pienso que una combinación de ambas fórmulas sería lo deseable. Financiar su adquisición a coste cero, no valen créditos, ni blandos ni duros, y a la par permitir la fabricación con la trasferencia del conocimiento, algo que generará además un beneficio a futuro, es una buena forma de ayudar a quien lo necesita y ayunarnos también a todos los que no lo necesitamos tanto, pero en este caso si es claramente necesario.

Por ello, y a modo de conclusión, quiero decir que es necesario y por tanto comparto la idea de que se permita un acceso justo a la vacuna de la COVID-19, sin que ello sea un alegato a favor de perdida del derecho de patentes y beneficios justos para quien desarrolla un trabajo de investigación y desarrollo. Incluso, me atrevo a decir, que entendería necesario que desde la propia OMS se generase un modelo que permita determinar qué es tributario de este beneficio e incluso de su apoyo financiero si fuera preciso.

Desde mi posición de "representante" de los profesionales a nivel de Madrid, con una pequeña capacidad de acceso a medios de comunicación y posibilidad de ejercer una mínima capacidad de influencia, quiero entender y así lo deseo, que esta opinión sea admitida como propia por una gran mayoría de los profesionales sanitarios, de los médicos y demás facultativos, pues no entendería que desde la profesión no se viera adecuado lo que he expuesto en esta tribuna. Si es así, estaré orgulloso, si no lo es, lo lamento, pero es una opinión que creo es la adecuada en estos momentos. Es el momento de reclamar el acceso justo a la vacunación para todos los ciudadanos, independientemente del país Enel que vivan y sus posibilidades económicas y de desarrollo. Finalizo volviendo al título del artículo: No seamos egoístas, esta pandemia no se supera desde el egoísmo.

Gracias por permitirme escribir esta tribuna de opinión y hacerlo con esta libertad. Más, si cabe, hacerlo en esta revista de la Asociación de Acceso Justo al Medicamento.

ORIGINAL

El control del gasto farmacéutico en España exige cambios estructurales en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

Javier Rey del Castillo.
Doctor en Medicina, especialista en Cardiología, inspector médico de la Seguridad Social.

RESUMEN

Que el control del gasto farmacéutico constituye un problema importante para el sistema sanitario español no constituye un rasgo diferencial del mismo respecto a los de otros países desarrollados. Se trata de un problema que, como en éstos, va en aumento, y cuyas razones, conforme a la descripción que se realiza en el artículo, no se diferencian tampoco en sus aspectos básicos de las que provocan esa evolución en otros países.

Javier Rey del Castillo

Lo que, por el contrario, parece diferenciar a nuestro país respecto a otros en relación con el control del gasto farmacéutico son las dificultades de naturaleza estructural del sistema sanitario español para aplicar las medidas que se están aplicando por otros países para someter a algún control el crecimiento del gasto generado por los nuevos medicamentos innovadores, en especial los generados con el uso de las biotecnologías, que en el momento actual son los principales responsables de la evolución creciente de ese gasto.

Esas dificultades derivan en primer lugar del procedimiento establecido para fijar el precio de los productos farmacéuticos, que, por sus propias características, establecidas desde la Ley 25, del medicamento, de 1990, excluye la posibilidad de utilizar el "poder de compra" del SNS interviniendo de manera conjunta como instrumento para obtener un mejor precio de los medicamentos utilizados en su ámbito.

Derivan también, sin embargo, de las propias características constitutivas del SNS desde la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, como "*el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente ley*" (artº 44.2 de la ley). La indefinición jurídica y estructural de esos términos; el desarrollo de los servicios de salud autonómicos, que no estaban constituidos como tales cuando se promulgó la LGS; y la forma en que se llevaron a cabo los procesos de descentralización y las transferencias de salud pública y asistenciales a las CCAA, que no era la única forma posible de desarrollarlos, constituyeron por su parte un estímulo objetivo para que los servicios de salud autonómicos orientaran prioritariamente su organización y actividad

en diferentes ámbitos, incluido el del aprovisionamiento de los medicamentos y otros productos precisos para ejercer su función, en un sentido "autárquico" no colaborativo ni adecuadamente coordinado entre ellos. Esto provocó el deterioro del "poder de gasto" y la exclusión efectiva de las economías de escala en la evaluación y la compra de productos respecto a los que se podrían haber obtenido mediante una forma jurídica diferente de constitución del SNS. Y, con ello, dificultades objetivas para adoptar las medidas que se están adoptando por otros países para afrontar el crecimiento del gasto farmacéutico.

Los resultados de tratar de establecer mecanismos de adhesión voluntaria por parte de los servicios de salud autonómicos a instrumentos comunes de evaluación, compra e investigación de los nuevos productos farmacéuticos han sido escasos si no nulos. De esa experiencia se deduce que el control del gasto farmacéutico en España, que debe ser un objetivo prioritario paralelo al del desarrollo industrial de este sector, exige, por ello, en primer lugar, modificar los términos de la Ley del Medicamento en lo relativo a la forma de establecimiento de los precios de los productos farmacéuticos. Pero además, también una nueva Ley de Sanidad que establezca una nueva forma jurídica de constitución del SNS, en la que el funcionamiento de esos instrumentos comunes en este terreno (como en otros, como los sistemas de información, que son igualmente deficitarios) sea una consecuencia obligada de la propia entidad constitutiva del SNS, con mecanismos de control de su utilización y seguimiento por las CCAA, y no una decisión discrecional potestativa por parte de éstas.

I.- LA SITUACIÓN EN OTROS PAÍSES DESARROLLADOS.

I.1.- Una perspectiva general sobre el gasto farmacéutico en otros países.

Desde años antes de la pandemia el incremento del gasto farmacéutico era el problema principal que afectaba a la totalidad de los servicios sanitarios, públicos y privados, en todos los países del mundo. Un problema derivado ante todo de los precios aplicados por las compañías farmacéuticas (y las de otras tecnologías sanitarias) a los productos más innovadores, en el caso de los farmacéuticos, muchos de ellos derivados de la aplicación de las biotecnologías a su desarrollo [1; 2].

En los Estados Unidos [3], durante 2019 y 2020, en los meses anteriores a la pandemia, el precio de los productos farmacéuticos se había convertido en el principal problema ciudadano, y como consecuencia de ello, de los políticos, incluidos en este caso el expresidente Trump y el Partido Republicano, además del Demócrata, el primero de los cuales hizo su último intento para afrontar el problema en los últimos días de su mandato efectivo [4].

Esa situación es, por otra parte, la consecuencia de las propias características de organización y funcionamiento de la industria farmacéutica en su conjunto a nivel global [5]. Un sector industrial que, por añadir una contradicción más, ha recibido importante apoyo económico desde el sector público de los países más desarrollados para el desarrollo de las vacunas durante la pandemia. Lo que ni siquiera ha logrado que se aplicara un precio reducido a las mismas, ni que, pese a tratarse de una emergencia sanitaria general a nivel mundial, se aplicaran precios reducidos siquiera a los países en desarrollo; una situación que supone una contribución objetiva a que la pandemia se perpetúe a través de diferentes mecanismos, entre ellos la aparición de nuevas variantes del virus productor de la pandemia, como una amenaza global. (…)

** La amplia extensión de este artículo nos impide ofrecer el texto completo en este soporte en PDF. Los interesados en su lectura completa pueden acceder al mismo en el siguiente* ***ENLACE***.

ORIGINAL

Producción local de vacunas y medicamentos: más necesaria que nunca

Vanesa López.
Directora de Salud por Derecho.

Empecemos con algunas cifras. A día de hoy, se han distribuido 10.470 millones de vacunas en todo el mundo, pero el reparto sigue siendo dolorosamente desigual: mientras en España el 82% de la población ha recibido la pauta completa y en Europa en torno al 70%, en los países de bajos ingresos la cobertura solo alcanza al 12% de la población.

Si echamos un vistazo a las cifras de COVAX, la iniciativa gestionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y GAVI para impulsar el desarrollo y la distribución de vacunas de la COVID-19, 1.230 millones de dosis han sido enviadas a 144 países de medios y bajos ingresos, de los cuales 500 millones de dosis corresponden a donaciones a COVAX y no a compras directas de este instrumento. Por otro lado, sus previsiones muestran que gracias a los contratos de compra y a donaciones tendrá aseguradas una cifra acumulada de 2.390 millones de dosis hasta marzo de 2022 (gráfico 1). Sin embargo, este volumen de vacunas solo alcanzaría para ofrecer la pauta completa al 30% de la población de los países pobres y elegibles. Por su parte, la Unión Africana, según los datos recopilados por UNICEF, tendría asegurados acuerdos de compra por un total de 330 millones de vacunas procedentes de Moderna y Janssen (gráfico 2); una cifra muy escasa en comparación con la población del continente. Estos datos son importantes cuando lo que queremos analizar son las posibilidades reales de un acceso equitativo a las vacunas por parte de los países más pobres del planeta si las cosas siguen como hasta ahora: los países ricos continúan acaparando la mayor parte de las dosis disponibles, las compañías prefieren vender sus vacunas a los países que más pagan y los pobres dependen de una solidaridad internacional claramente insuficiente.

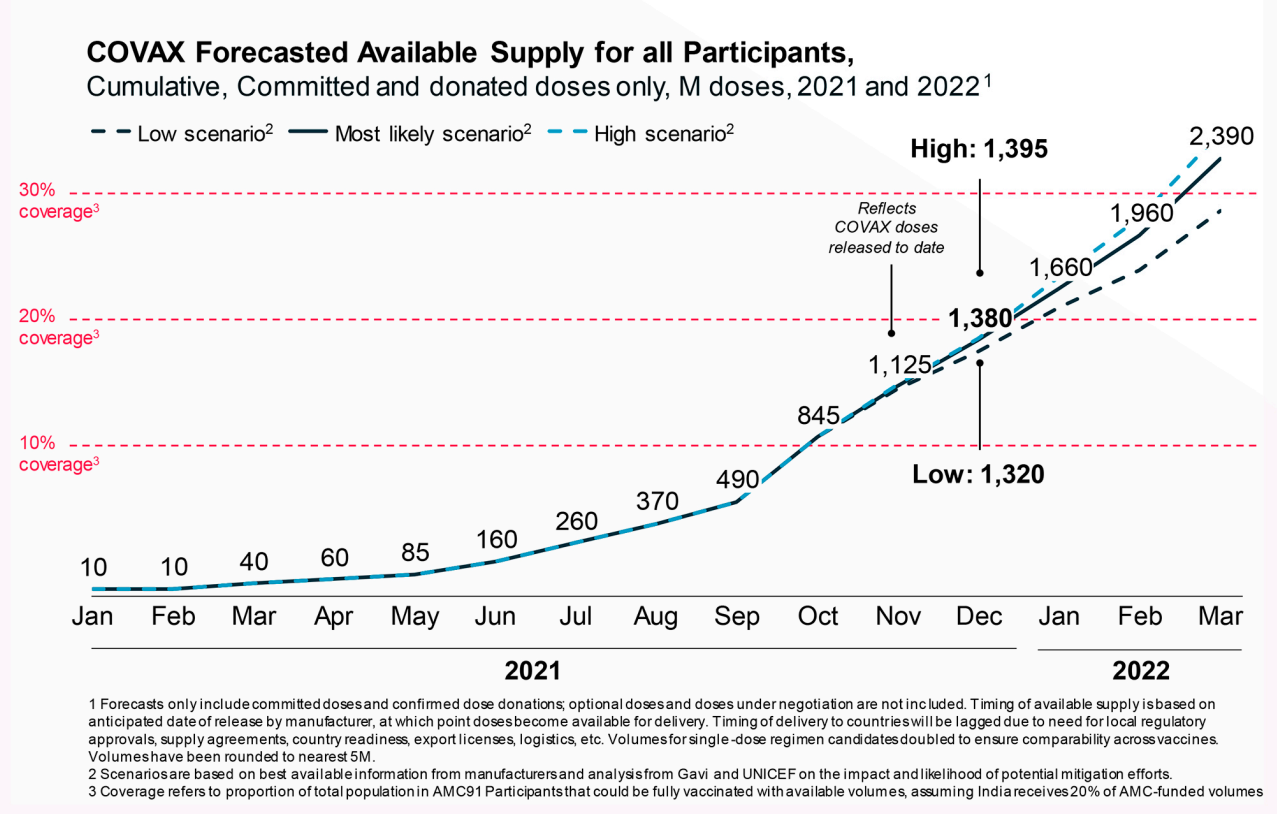
La necesidad de usar y reforzar la capacidad de producción mundial de vacunas de manera diversificada, apoyar la producción local en los países de medios y bajos ingresos y que la propiedad intelectual deje de ser un obstáculo para todo ello son temas que llevan muchos meses encima de la mesa como las mejores estrategias para resolver la escasez, el acaparamiento y la distribución injusta de vacunas. Sin embargo, las grandes compañías farmacéuticas han defendido su capacidad para producir las dosis suficientes por sí mismas o a través de acuerdos de licencias voluntarias en las que tienen el control del mercado y de la tecnología. La realidad nos ha ido mostrando por largo tiempo que sus previsiones han venido siendo demasiado optimistas y la falta suficiente de producción ha sido un importante cuello de botella. En la actualidad, con 33 vacunas autorizadas y el refuerzo de las instalaciones y nuevos centros de producción, en parte también gracias a acuerdos de compra avanzada o ayudas públicas directas, la capacidad de producción ha aumentado considerablemente.

No obstante, la cuestión clave es que, aun ampliándose la capacidad de producción, lo previsible es que la desigualdad en el acceso

a las vacunas lamentablemente continúe. Por ello se necesita reforzar la capacidad de producción local de medicamentos y vacunas; es una medida imprescindible no solo para resolver la inequidad actual y la dependencia que África y otros países pobres tienen de programas de ayuda externa y de proveedores internacionales de productos farmacéuticos, sino para estar mucho mejor preparados para el futuro. Como dijo el presidente de Sudáfrica Cyril Ramaphosa el pasado 18 de febrero en el lanzamiento de varios Centros de Transferencia de Tecnología de Vacunas ARNm en el marco de la 6ª Cumbre entre la Unión Europea y la Unión Africana: "África seguiría recibiendo migajas de la mesa" de Occidente. En Europa, algunos ciudadanos ya están recibiendo su tercera vacuna contra la COVID-19, mientras que el 80% de los africanos aún no han recibido nada." El presidente sudafricano apuesta por la "soberanía biotecnológica" y fue claro: "no podemos seguir siendo consumidores de soluciones médicas producidas a precios elevados que no son asequibles para el continente".

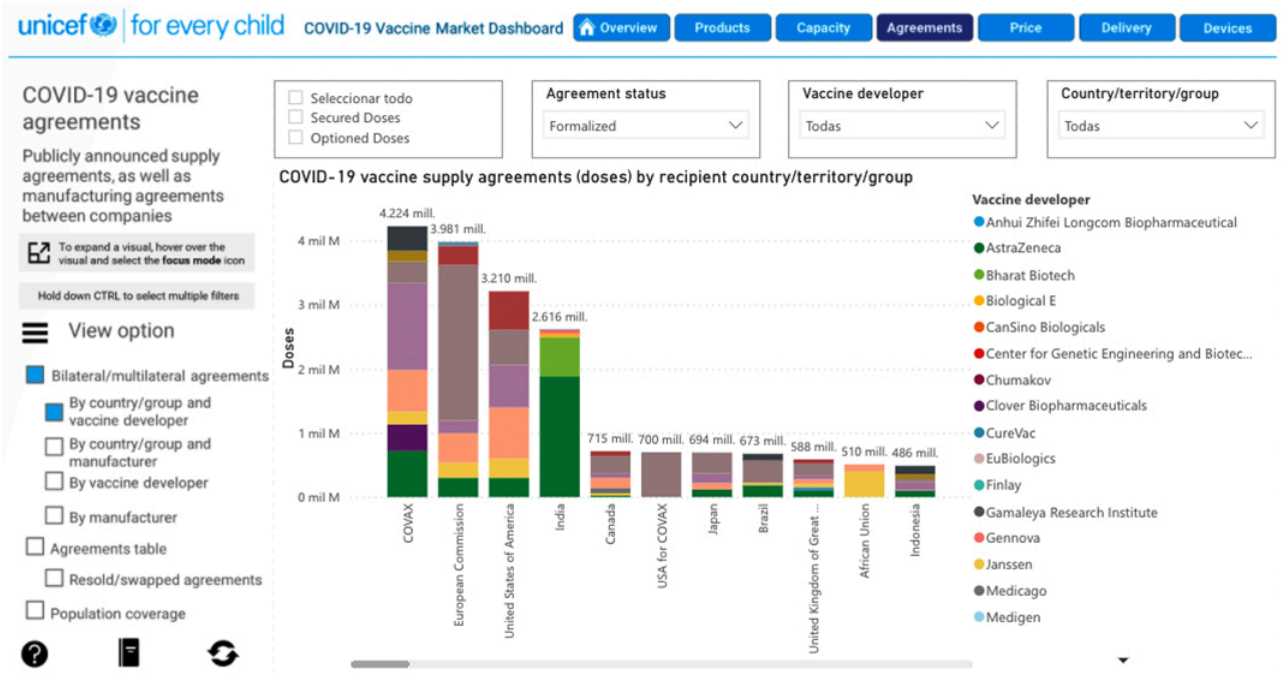
Esta reciente puesta en marcha de cinco Centros de Transferencia de Tecnología de Vacunas ARNm en países africanos (Kenia, Túnez, Egipto, Nigeria y Senegal) junto con el de Sudáfrica, creado en 2021, podría ser un de las medidas más importantes y con mayor recorrido de las lanzadas durante la pandemia. El objetivo de esta iniciativa, liderada por la OMS y con la colaboración del *Medicines Patent Pool* para asesorar en los aspectos de propiedad intelectual, es establecer una capacidad permanente de producción de vacunas para la COVID-19 en países de medios y bajos ingresos.

Los resultados ya están siendo prometedores. A principios del mes de febrero, investigadores de la empresa Afrigen en Sudáfrica, y sede del primer Centro de Transferencia de Tecnología, habían casi completado el proceso de reproducción de la vacuna ARNm de Moderna según los datos publicados por la empresa, pero sin su participación en la transferencia de tecnología. La OMS les aconsejó copiar la vacuna de Moderna en parte porque la



1 Forecasts only include committed doses and confirmed dose donations; optional doses and doses under negotiation are not included. Timing of available supply is based on anticipated date of release by manufacturer, at which point doses become available for delivery. Timing of delivery to countries will be lagged due to need for local regulatory approvals, supply agreements, country readiness, export licenses, logistics, etc. Volumes for single-dose regimen candidates doubled to ensure comparability across vaccines. Volumes have been rounded to nearest 5M.
2 Scenarios are based on best available information from manufacturers and analysis from Gavi and UNICEF on the impact and likelihood of potential mitigation efforts.
3 Coverage refers to proportion of total population in AMC91 Participants that could be fully vaccinated with available volumes, assuming India receives 20% of AMC-funded volumes

1. COVAX, 14 diciembre 2021: https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX-Supply-Forecast.pdf



2. UNICEF. COVID-19 vaccine Market Dashboard. 25 de febrero de 2022. https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard.

compañía se comprometió a no hacer cumplir sus patentes de COVID-19 durante la pandemia. Sin embargo, la empresa podría cambiar de opinión en cualquier momento u obstaculizar los avances si ve amenazados sus intereses comerciales con esta iniciativa. Por ello, es fundamental que los países acuerden una exención temporal a las patentes, para hacer posible que estos Centros de Transferencia de Tecnología puedan operar al máximo de su potencial y hacerlo con la mayor seguridad jurídica posible.

Además, para promover la producción local de vacunas y medicamentos resulta necesario reforzar la capacitación técnica de los profesionales y la capacidad regulatoria de los gobiernos. Una excelente noticia que conocíamos el 23 de febrero es que la OMS, la República de Corea y la Academia de la OMS han creado el Centro Global de Capacitación en Biofabricación para atender a todos los países de bajos y medios ingresos que deseen producir productos biológicos como vacunas, insulina, anticuerpos monoclonales y tratamientos contra el cáncer. También complementará las capacitaciones específicas desarrolladas por el Centro de Transferencia de Tecnología de Vacunas ARNm en Sudáfrica.

Son buenas noticias, pero quedan muchos retos pendientes. Entre ellos está la financiación: el presupuesto a 5 años del Centro de Transferencia de Tecnología de Vacunas ARNm de Sudáfrica asciende a 92 millones de euros, pero hasta la fecha se ha conseguido sólo la mitad de los recursos. También, como mencionábamos anteriormente, las patentes y otros derechos de propiedad intelectual tienen que dejar de ser un obstáculo a la transferencia de tecnología y a la fabricación de vacunas y medicamentos como bienes públicos. Los Estados miembro de la Organización Mundial del Comercio (OMC) tienen que acordar urgentemente la exención temporal de las patentes para todo el mundo y para todas las tecnologías sanitarias de la COVID-19. Además, los gobiernos, y por supuesto, la Comisión Europea deben de encontrar la manera de forzar a las compañías farmacéuticas, que tanto dinero público están recibiendo, para que incluyan en sus contratos de compra y financiación la transferencia de tecnología como una condición *sine qua non*.

OTRAS FUENTES

El acceso a las vacunas pone a la UE y África en desacuerdo antes de la cumbre

Europa lanza una amplia alianza de salud, mientras ignora el llamado de África para renunciar a las patentes de vacunas

Ashleigh Furlong.

"*Vaccine access puts EU and Africa at odds ahead of summit*". POLITICO. 13-02-2022.
https://www.politico.eu/article/vaccine-access-eu-africa-summit-coronavirus/

Desde la Comisión de Redacción hemos seleccionado este artículo de POLITICO pues pone bien de relieve las diferencias sensibles entre las estrategias de la Unión Europea y la Unión Africana en el acceso a las vacunas para Covid 19. Como afirma con claridad Cyril Ramaphosa: "acapararon vacunas, ordenaron más vacunas de las que requiere su población. La codicia que demostraron fue decepcionante, particularmente cuando dicen que son nuestros socios". "Porque nuestras vidas en África son tan importantes como las vidas en Europa, América del Norte y en todas partes".

La negativa de Europa a compartir la tecnología de la vacuna COVID-19 amenaza con eclipsar una importante reunión de líderes europeos y africanos esta semana.

Europa quiere usar la reunión, que se retrasó 16 meses debido a la pandemia, para avanzar en las relaciones en varios frentes, incluido el comercio y la conectividad digital. Pero el acceso a las vacunas será una prioridad en la agenda. Los líderes africanos están furiosos porque el continente recibió meras "migajas" del plato desbordado de vacunas de los países ricos, dejando a sus poblaciones mucho menos protegidas contra el virus.

Estarán atentos a la cumbre de dos días entre la UE y la Unión Africana en busca de evidencia de que Europa se toma en serio abordar lo que el presidente sudafricano, Cyril Ramaphosa, ha criticado como "apartheid de vacunas". Y Europa no muestra signos de avanzar en lo que es un tema central para muchos líderes africanos: facilitar el acceso a la propiedad intelectual de las vacunas.

"Acapararon vacunas, ordenaron más vacunas de las que requiere su población. La codicia que demostraron fue decepcionante, particularmente cuando dicen que son nuestros socios", dijo Ramaphosa en diciembre. "Porque nuestras vidas en África son tan importantes como las vidas en Europa, América del Norte y en todas partes".

La pandemia de coronavirus ha puesto la política de salud al frente y al centro de las relaciones entre los dos continentes, en particular, la negativa de Europa a renunciar a las patentes de vacunas para permitir que las inyecciones desarrolladas por sus empresas se produzcan en otros lugares a un costo menor. También ha revelado cuán dependientes son los países africanos del resto del mundo para las vacunas.

Con la incapacidad de desarrollar su propia producción , África ha terminado al final de la cola para vacunas contra el coronavirus que salvan vidas. Las cifras hablan por sí solas: menos del 12 por ciento de la población africana está completamente vacunada. Eso se compara con alrededor del 71 por ciento de las personas en la UE.

Si bien las tasas de exceso de mortalidad estimadas de África son más bajas que las de Europa, el impacto económico de las bajas tasas de vacunación y la incapacidad de los gobiernos africanos para proporcionar el mismo nivel de ayuda financiera a los ciudadanos en apuros que sus homólogos europeos ha empujado a 40 millones de personas a la pobreza extrema.

La disparidad ha impulsado un gran estímulo para aumentar la capacidad de fabricación en el continente, para garantizar que cuando llegue la próxima pandemia, los africanos no tengan que volver a depender de la generosidad de Occidente.

La UE desea demostrar al mundo que comprende la situación . El bloque ha prometido mil millones de euros para aumentar la capacidad de fabricación, además de donar alrededor de 145 millones de dosis a África. Los documentos preliminares vistos por POLITICO que describen la visión de la UE para la cumbre, que comienza el jueves, subrayan el deseo del bloque de apoyar la "soberanía de salud africana en toda regla, para que el continente responda a futuras emergencias de salud pública". Se hacen así eco de la propia estrategia de la Unión Africana. El presidente de la organización, el presidente senegalés Macky Sall, dijo el 5 de febrero que su ambición era "garantizar nuestra soberanía farmacéutica y médica lo más rápidamente posible".

Pero los observadores se muestran escépticos de que las propuestas de la UE sean suficientes. Las propuestas también eluden en gran medida el elefante en la habitación: el hecho de que los países africanos hayan pasado meses sin poder convencer a la UE de que apoye una solicitud para renunciar a los derechos de propiedad intelectual de los productos de coronavirus.

No es una alianza

La disputa entre los dos bloques es evidente desde la primera línea del borrador del texto de declaración de la cumbre preferida de la Unión Africana. Atrás quedó la sugerencia de la UE de una "Alianza África-Europa". En cambio, la Unión Africana, una agrupación de los 55 países con una población combinada de alrededor de 1.300 millones, pide una "asociación" renovada.

"Alianza es geopolíticamente un término muy pesado", dijo una persona involucrada en las discusiones de la Unión Africana sobre el texto, explicando el rechazo. Al entrar en la cumbre, las esperanzas no son altas. "La gente no espera tanto, francamente, y no solo en el tema de la salud, sino en un sentido más amplio", dijo esta persona, que solicitó el anonimato debido a la delicadeza del asunto.

Por su parte, las propuestas de la UE sobre vacunas son dobles. "No se trata solo de compartir las vacunas actuales, sino también, en general, de la capacidad de fabricación de vacunas y de cómo podemos apoyarla a largo plazo en África", dijo un diplomático de la UE. La presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, ha dicho que al menos 450 millones de dosis se compartirán con los países africanos para el verano. Hablando sobre una visita a Senegal una semana antes de la cumbre, von der Leyen anunció otros 125 millones de euros en fondos para ayudar con el lanzamiento de la vacuna.

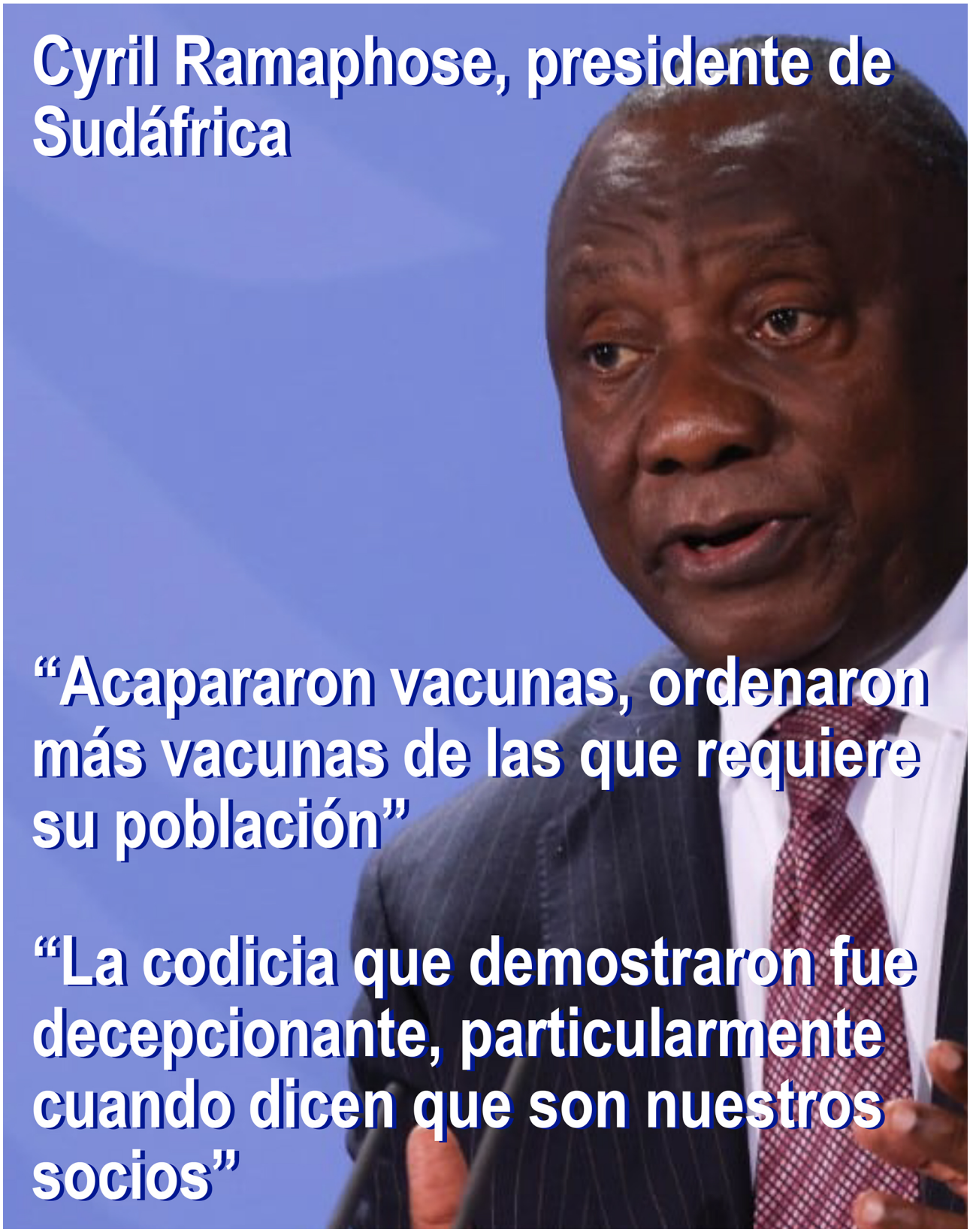
En términos más generales, los borradores de propuestas de la UE destacan su apoyo a los esfuerzos de fabricación de vacunas; armonizar los sistemas regulatorios y la transferencia de tecnología. Sin embargo, el diplomático de la UE admitió que las propuestas se están refinando con algunos detalles aún por resolver.
Por ahora, los observadores críticos no se han dejado convencer.

"Lo que está actualmente sobre la mesa está muy por debajo del nivel de ambición necesario para que la UE y esta cumbre realmente capitalicen esta nueva asociación de iguales de la que seguimos escuchando",

dijo Emily Wigens, directora de la UE en ONE, una organización que hace campaña para acabar con la pobreza extrema y las enfermedades prevenibles.

La confianza entre los dos se ha visto gravemente dañada por la pandemia, dijo Wigens. "Realmente la UE tiene la responsabilidad de usar esta cumbre para demostrar que la cooperación y la solidaridad no están muertas", dijo.

Hay aspectos de los documentos preliminares, como el enfoque en la



soberanía de la salud de África, que son una señal positiva, dijo Dimitri Eynikel, asesor de políticas de la UE para la Campaña de Acceso de Médicos Sin Fronteras. "Pero en realidad, si miras los detalles, se trata en gran medida de reciclar lo que ya existe y proporcionar un poco más de detalle", dijo.

'Por todos los medios posibles'

El meollo del asunto es la transferencia de tecnología: el proyecto de texto de la UE menciona la concesión de licencias voluntarias, que es cuando los fabricantes de vacunas acuerdan compartir los conocimientos para fabricar una vacuna. Hasta ahora, durante la pandemia eso ha sido limitado.

Hasta el momento, ninguna de las empresas responsables de las vacunas contra el coronavirus aprobadas en la UE ha aceptado involucrar a socios africanos en todo el proceso de fabricación. En cambio, la atención se ha centrado en la etapa final: llenar y envasar los viales.

A los países africanos les gustaría que las compañías farmacéuticas occidentales fueran mucho más allá. En octubre de 2020, Sudáfrica e India —respaldados por el grupo de África— propusieron renunciar a los derechos de propiedad intelectual relacionados con las vacunas para permitir una mayor producción. Una exención no haría nada para obligar a las empresas a compartir su conocimiento sobre la producción de vacunas, pero protegería a los fabricantes de posibles reclamaciones por infracción de patentes si quisieran producir una vacuna por su cuenta.

Si bien la UE puede preferir mantener la discusión sobre el levantamiento de los derechos de propiedad intelectual en reuniones a puerta cerrada en Ginebra, está claro que la Unión Africana no permitirá que eso suceda. En el borrador de declaración de la Unión Africana, distribuido el 8 de febrero y visto por POLITICO, se hace referencia a la disputa.

La Unión Africana tiene claro que la preocupación inmediata es el acceso a las vacunas "por todos los medios posibles".

La pregunta es si la cumbre podría ser la plataforma para que la UE proponga un nuevo compromiso. El presidente francés, Emmanual Macron, pareció sugerir esto en declaraciones al Parlamento Europeo en enero.

Macron afirmó que esperaba que los líderes de la UE acordaran una licencia global para las vacunas contra el coronavirus, eliminando las barreras para obtener la capacidad, la propiedad intelectual y la tecnología que África necesita para fabricar sus propias vacunas.

En ese momento, los negociadores en Ginebra estaban confundidos por los comentarios del presidente francés pues no se había presentado tal propuesta en la OMC. Resulta que una licencia global podría ser, de hecho, un cambio de objetivo de la propuesta existente de la UE para centrarse en el uso de licencias obligatorias de vacunas, comentaron tres fuentes informadas sobre la propuesta francesa.

Si esa fuera la última propuesta , es poco probable que caiga bien a los líderes africanos. En los ocho meses desde que la UE puso su contraoferta sobre la mesa en la OMC, los países aún no han llegado a un compromiso.

Sin embargo, lo que está claro es que la equidad en materia de vacunas será un barómetro clave del éxito de la cumbre. En última instancia, si la cumbre "no logra avanzar en el tema de la propiedad intelectual y la transferencia de tecnología... creo que sería una gran decepción", dijo Wigens de ONE Campaign.

Este articulo ha sido traducido por la CR

OTRAS FUENTES

Molnupiravir de Merck: superando las barreras inminentes para un acceso global asequible

Brook Baker.

"*Merck's Molnupiravir – Overcoming impending barriers to affordable global access". HEALTH GAP (Proyecto de Acceso Global).* 4-10-2021.
https://healthgap.org/mercks-molnupiravir-overcoming-impending-barriers-to-affordable-global-access/

Brook Baker hace una reflexión sobre el antiviral oral Molnupiravir de Merck desvelando la estrategia de la empresa farmacéutica para seguir controlando la producción, pese a sus aparentes declaraciones de concesión de licencia voluntaria en una lista de países LMIC, y manteniendo por tanto una expectativa de beneficios muy alta. Llama por ejemplo la atención el precio fijado por tratamiento de 700 dólares cuando el precio estimado sin optimizar costes es de 17,74dolares.

Queremos desde la Comisión de Redacción señalar a nuestras y nuestros lectores que tenemos ya un problema similar con el nuevo medicamento antivirales de Pfizer, Paxlovid aprobado por la EMA en enero de este año. Este antiviral es un compuesto de dos principios activos: nirmatrelvir y ritonavir. El presidente del gobierno Sánchez anunció casi inmediatamente la compra de 344.000 dosis de este medicamento. Francia ha adquirido 500.000 tratamientos y las 10.000 primeras dosis están disponibles desde el 4 de febrero en las farmacias francesas bajo control de prescripción

Desde la revista seguiremos la evolución de este antiviral sus efectos secundarios, complicaciones, su distribución y su precio.

Ahora que hay informes de prensa sobre la eficacia del molnupiravir de Merck como terapia antiviral ambulatoria para casos recién diagnosticados de COVID-19 donde el paciente tiene al menos un factor de riesgo subyacente y el tratamiento puede comenzar dentro de los 5 días posteriores a los primeros síntomas, es importante evaluar las barreras potenciales que afectan el un acceso global asequible a molnupiravir. Tenemos todas las razones para creer que habrá escasez de suministro, precios innecesariamente altos y licencias voluntarias inadecuadas y demasiado restrictivas que excluirán a innumerables personas con necesidades urgentes en todo el mundo, incluido el 50 % de las personas que viven en países de bajos y medianos ingresos. - países de ingresos (L/MIC). Esto conducirá a una progresión evitable de la enfermedad, a una covid más prolongada y a un aumento de las muertes.

No se debe permitir que los gobiernos repitan los odiosos errores cometidos al aplacar la especulación de los fabricantes de vacunas, tratándolos con guante de seda mientras priorizaban la defensa de sus derechos de monopolio independientemente de cualquier coste humano. Emory, el desarrollador original de molnupiravir, se benefició del apoyo financiero del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas y de otros financiadores públicos, lo que significa que, una vez más, los contribuyentes pagarán el doble por los frutos del avance científico. El gobierno de EE. UU. también posee derechos relacionados con patentes relacionadas con molnupiravir, lo que le otorga una influencia adicional. Las licencias voluntarias propuestas por Merck son lamentablemente inadecuadas y no generarán el acceso global al molnupiravir necesario: la propiedad intelectual de Merck debe pasar a un

segundo plano para expandir rápidamente el acceso verdaderamente global a versiones genéricas baratas de este tratamiento.

Se anticipa escasez de suministros y es probable que los países ricos adquieran todas las dosis iniciales

Merck afirmó previamente que puede producir suficientes píldoras para 10 millones de ciclos de tratamiento para fines de 2021. El gobierno de los EE. UU. ya había adquirido de forma condicional 1,7 millones de ciclos de tratamiento por 1200 millones de dólares incluso antes de las lecturas de los ensayos clínicos y tiene opciones para millones más según explicó el Dr. Fauci. Recordemos ya ahora el notorio acaparamiento de remdesivir, anticuerpos monoclonales y vacunas en los EE. UU.que se produjo a partir de la primera mitad de 2020.

Aunque se informa que el molnupiravir tiene solo un 50 % de eficacia para reducir las hospitalizaciones y las muertes y, por lo tanto, es menos eficaz que los tratamientos con anticuerpos monoclonales basados en infusiones que se están fabricado por Regeneron y Eli Lilly, el molnupiravir, una vez que reciba la autorización de uso de emergencia, será mucho más fácil de administrar como una píldora oral y tres veces más barato incluso al precio de especulación que ha fijado Merck. Además de vender preferentemente a EE. UU, Merck también ha indicado que está en negociaciones con otros compradores. Si el pasado es el preludio del futuro, los países de ingresos altos estarán entre los primeros compradores y quedarán muy pocas existencias, si es que queda alguna, para los L/MIC. Merck dice que ha estado aumentando la producción al menos desde junio de 2021. Aunque Merck no ha anunciado definitivamente su futura capacidad de producción, parece que será limitada en términos de satisfacer la demanda potencial. Aunque es difícil predecir cuántas infecciones anuales habrá en 2022, las infecciones confirmadas con prueba diagnóstica en la primera mitad de 2021 alcanzaron los 37 millones en países de ingresos altos y 61 millones en L/ MIC, un total de medio año de 98 millones de infecciones. Suponiendo que el 80 % de todas las infecciones producirán incluso una enfermedad leve o moderada, anualmente podría haber 156 millones de personas potencialmente elegibles para el tratamiento con molnupiravir (y/u otros antivirales comprobados) en 2022. Incluso si Merck duplicara su capacidad de producción en 2022 (no tiene planes declarados para hacerlo), está claro que solo puede satisfacer una fracción de la demanda.

Merck podría argumentar que los objetivos globales deberían reducirse porque solo probó molnupiravir en pacientes con al menos un factor de riesgo, una decisión que inicialmente puede limitar los usos autorizados y las pautas de tratamiento de molnupiravir. Aun así, se cree que ese grupo de pacientes comprenden al menos el 25% del,total (38 millones según cifras confirmadas), un volumen que Merck por sí sola claramente no puede suministrar.

Eso sí, sabemos que el número de contagios de COVID-19 a nivel mundial es mucho mayor que los que revelan las pruebas PCR confirmadas. Según algunos investigadores, “se descubrió que la infradeterminación grave de los casos de COVID-19 era universal en todos los estados de EE. UU. y países de todo el mundo. En 25 de los 50 países, se estimó que los casos acumulados reales eran entre 5 y 20 veces mayores que los casos confirmados”. Es seguro que algunos de estos casos involucrarán a pacientes asintomáticos, pero otros involucran casos en los que las personas no se hicieron la prueba debido a la escasez de pruebas o porque las personas nunca llegaron a los servicios de salud. Estas poblaciones subestimadas contribuyeron a la estimación de que el total de muertes reales por COVID-19 a nivel mundial es al menos 2 veces mayor que el número informado.

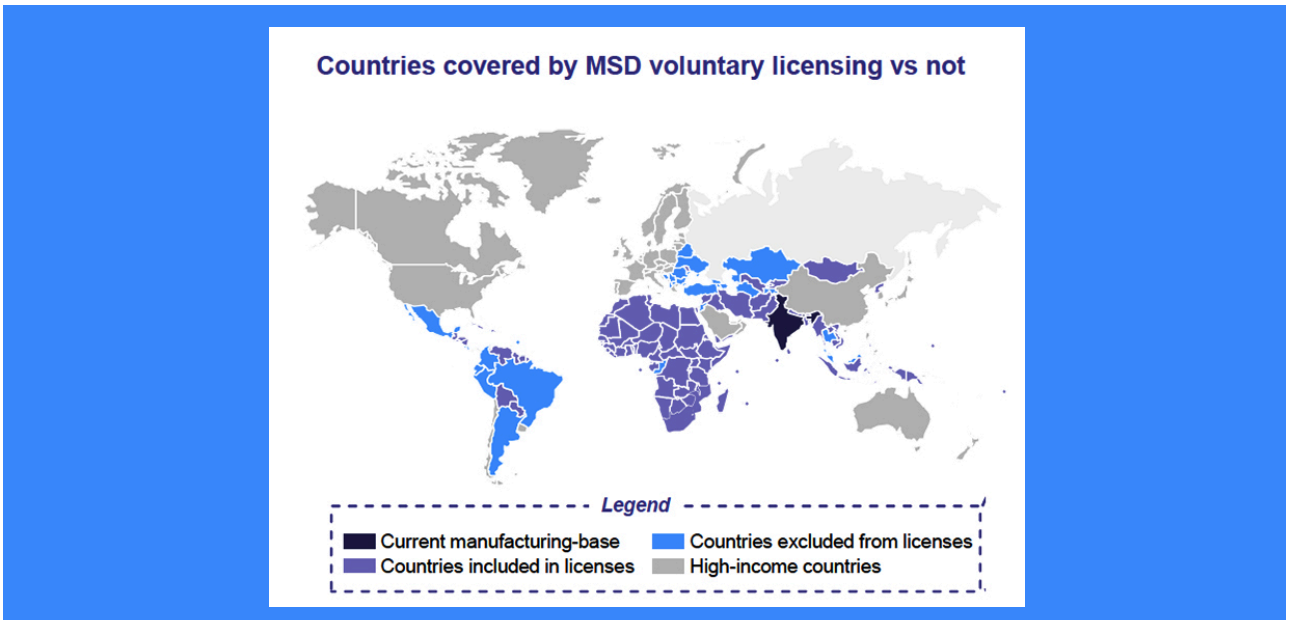
Además, no hay ninguna razón convincente para pensar que los médicos no deberían tratar a todas las personas que tienen infecciones confirmadas. En primer lugar, identificar a las "personas con mayor riesgo" no es inclusivo, ya que muchas personas sin afecciones subyacentes han sufrido la morbilidad y mortalidad de COVID-19. En segundo lugar, hay muchas razones para pensar que la reducción de la carga viral con un tratamiento antiviral temprano y atención domiciliaria aislada reducirá la transmisión de enfermedades. Finalmente, existe plausibilidad biológica para la idea de que la terapia antiviral efectiva podría disminuir la incidencia y la gravedad de la covid prolongada.

El precio del contrato de Merck con los EE. UU. fue de $ 700 por curso de tratamiento. Aunque esto puede parecer un descuento en comparación con el precio de $2200 de Regeneron, ese es el comparador incorrecto. $700 por curso supera con creces los costos de producción anticipados, que se proyectan. Inicialmente se estiman en $17,74 por curso de tratamiento en función del coste actual del producto farmacéutico activo y bajan a $3,86-$8,64 por curso de tratamiento con métodos de producción optimizados. En otras palabras, Merck está cobrando a EE. UU. más de 35 veces un precio genérico sostenible (coste más 10%).

Aunque Merck ha prometido utilizar precios de descuento en sus ventas a L/MIC según las categorías de grupos de ingresos del Banco Mundial, no hay precedentes de que cobraría tan poco como el mejor precio genérico. Una de las razones por las que Merck restringió sus territorios autorizados es que tiene la intención de beneficiarse de sus precios en los países excluidos, en particular los países de ingresos medianos altos (UMIC) que han sufrido un gran número de muertes prevenibles y donde empresa por empresa, producto por producto.

Las negociaciones de productos con los fabricantes de vacunas han revelado la tremenda asimetría en el poder que no debe replicarse con molnupiravir. Merck ha conservado la hegemonía del mercado en una forma en la que categóricamente no puede satisfacer toda la demanda y, sin embargo, continuará beneficiándose de las ventas que pueda realizar.

Una razón adicional para centrarse en el precio es que será muy deseable utilizar en última instancia dos o más antivirales para tratar el COVID-19 leve y moderado a fin de reducir el riesgo de resistencia a la enfermedad. Molnupiravir debe estar ampliamente disponible porque el costo de las terapias combinadas inevitablemente será algo más alto.



Brook Baker

La solución a estas barreras es anular los monopolios de propiedad intelectual de Merck y ampliar la oferta y la competencia de genéricos

Merck está jugando con la vida de las personas mientras pone en peligro la recuperación global de la pandemia de COVID-19. La Administración Biden y otros gobiernos de países de altos ingresos pueden creer que no tratar a las personas fuera de EE.UU no afectará a la poblacion proponía del país, pero obviamente, esto es una ilusión, como lo ha sido con las vacunas. El acceso global al tratamiento antiviral es un imperativo moral. El acceso oportuno y de calidad al tratamiento también reducirá la probabilidad de desarrollo de mutaciones adicionales y reducirá la transmisión posterior. Tratar a las personas en el extranjero conservará los escasos recursos médicos, reducirá la carga de la covid prolongada y reducirá las repercusiones económicas que ocurren cuando las personas no pueden trabajar debido al empeoramiento de la enfermedad. Si bien es de esperar que las vacunas, a la larga, continúen reduciendo la cantidad de personas que necesitan tratamiento, el tratamiento seguirá siendo necesario para aquellos que no están vacunados o que experimentan infecciones progresivas.

No se debe permitir que los monopolios de propiedad intelectual de Merck obstruyan el acceso al tratamiento global. Merck debería verse obligado a permitir la competencia genérica. El gobierno de los EE. UU. debería obligar a Merck a otorgar licencias de molnupiravir de manera más amplia, incluso ampliando el alcance de la cobertura de cualquier licencia voluntaria con el Medicine Patent Pool para incluir todos los LIC y MIC. Alternativamente, los países que enfrentan escasez y precios altos deberían emitir licencias obligatorias, y hacerlo de manera coordinada si es posible. Hay una gran variedad de empresas en los países de bajo ingreso y de ingreso mediano que pueden producir medicamentos de molécula pequeña de calidad garantizada una vez que se eliminen las barreras de las patentes. Y podrán hacerlo de manera aún más económica una vez que se conozcan mejor los métodos de producción optimizados. Sin embargo, el problema con las licencias obligatorias es que deben ser emitidas país por país. Por lo tanto, una solución aún mejor implicaría la adopción, cuya propuesta va con mucho retraso, de la exención temporal de la obligación de los derechos de propiedad intelectual en la Organización Mundial del Comercio, lo que permitiría a los países exportar e importar molnupiravir genérico sin temor a la resolución de disputas o infracciones de estado a estado.

Un mayor acceso a molnupiravir debe combinarse con una estrategia de prueba y tratamiento

El tratamiento con molnupiravir debe iniciarse dentro de los 5 días posteriores al inicio de los síntomas. Por lo tanto, será esencial que el acceso a las pruebas de diagnóstico rápido de antígenos (PDR Ag) también se amplíe en gran medida en los LMIC. Las PDR Ag deben estar ampliamente disponibles primero a nivel de la comunidad y poco después en el hogar para que la infección pueda detectarse lo antes posible. Igualmente importante, el acceso al tratamiento debe comenzar de inmediato cuando los antivirales sean más efectivos para reducir la carga viral, prevenir la progresión de la enfermedad y prevenir la infección. El acceso mucho mayor a las PDR Ag, pasando de decenas de millones a miles de millones, y el acceso a los antivirales para más de 100 millones de pacientes, no 10 millones, tendrá que combinarse con la alfabetización en salud de la comunidad y el paciente, la capacitación de los proveedores de salud y el apoyo logístico. Solo entonces la promesa del tratamiento antiviral ambulatorio tendrá el impacto deseado, salvando la vida de la mitad de las personas infectadas de los estragos de esta pandemia mortal.

OTRAS FUENTES

Los monopolios farmacéuticos siguen impidiendo el pleno acceso a las vacunas contra la COVID en todo el mundo

Sarah Lazare.

"*Pharmaceutical Monopolies Are Still Preventing Full Access to COVID Vaccines Around the World*". *JACOBIN. 16-2-2022.*
https://jacobinmag.com/2022/02/pharmaceutical-monopolies-access-covid-19-vaccine-global-south-moderna-patents

Este artículo publicado en JACOBIN por Sarah Lazare expone los esfuerzos y enormes dificultades de científicos sudafricanos para desarrollar la vacuna de ARN-m de Moderna por tecnología inversa. Aborda las dificultades y doble lenguaje de Moderna para mantener la propiedad intelectual y su negativa a transferir conocimientos y tecnología. Desde la revista seguiremos la evolución de este antiviral sus efectos secundarios, complicaciones, su distribución y su precio.

Científicos sudafricanos casi han terminado la ingeniería inversa de la vacuna COVID-19 de Moderna. Se ven obligados a perder tiempo y recursos preciosos recreando una vacuna que ya existe, porque la ciencia con fines de lucro protege las ganancias de la industria sobre la vida humana.

El jueves pasado, la empresa sudafricana Afrigen Biologics anunció un logro significativo. En colaboración con investigadores de la Universidad de Witwatersrand, casi ha completado el proceso de ingeniería inversa de la vacuna Moderna COVID. Este hito se cumplió después de que Moderna se negara a proporcionar la receta y el conocimiento a un centro de transferencia de tecnología sudafricano establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El desarrollo marca un avance científico importante que eventualmente podría aumentar el acceso a la vacuna de ARNm, que es el tratamiento premium para la variante Omicron. Pero también ilustra el cruel absurdo de un sistema global en el que los científicos se ven obligados a gastar tiempo y recursos preciosos en recrear algo que ya existe, pero que se atesora para proteger las ganancias de la industria, en un contexto en el que cada momento de retraso significa más vidas perdidas.

Moderna, con sede en Cambridge, Massachusetts, está obteniendo enormes ganancias vendiendo su vacuna que salva vidas. Anunció el 10 de enero que espera que las ventas de 2022 alcancen los $ 18.5 mil millones, solo por los contratos de sus vacunas COVID. Estos enormes ingresos se deben, en parte, al hecho de que la empresa produce una de las dos únicas vacunas de ARNm en circulación: las vacunas de ARNm son las más eficaces contra Omicron y las más sencillas de adaptar a nuevas variantes. La otra empresa que produce una vacuna de ARNm es Pfizer.

Las dos corporaciones han enviado colectivamente más del 70 por ciento de

todas sus dosis de vacunas a países ricos, mientras que las promesas realizadas a países de ingresos medios y bajos han enfrentado retrasos significativos. Un informe de People's Vaccine Alliance, una coalición mundial de salud, determinó que, a partir de octubre de 2021, Moderna solo había enviado el 0,2 por ciento de su stock total de vacunas a países de bajos ingresos. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, se han entregado 641,6 millones de dosis de vacunas de ARNm en los Estados Unidos, que tiene una población de 332,5 millones, mientras que los datos de la OMS muestran que todo el continente africano ha recibido solo 114 millones de dosis para una población mucho mayor de 1.39 mil millones.

Sudáfrica se ha basado en la vacuna de ARNm de Pfizer, así como en la vacuna de Johnson & Johnson, pero Moderna ha estado ausente en gran medida. Candice Sehoma, oficial de defensa de la Campaña de Acceso con sede en Johannesburgo para la organización médica humanitaria Médicos Sin Fronteras, comenta a These Times por teléfono: "Es importante reconocer que las empresas han dado prioridad a los países de altos ingresos. Solo a finales del año pasado, Moderna se comprometió a dar a África alrededor de 110 millones de vacunas". Y en Botswana, por ejemplo, Moderna ha tardado mucho en entregar sus vacunas, por lo que Sehoma afirma que se cobró de más al país.

Los países más pobres no solo tienen más probabilidades de recibir vacunas de menor calidad, sino también menos vacunas en general. Solo una de cada ocho personas ha sido vacunada, en comparación con dos de cada tres en los países ricos.

Moderna podría compartir información crítica para facilitar la producción internacional de su vacuna, pero se ha negado constantemente, incluso cuando ha cultivado cuidadosamente una imagen como una empresa con un enfoque diferente y más moral de las patentes. En octubre de 2020, Moderna obtuvo una cobertura de prensa positiva significativa cuando anunció que, "mientras continúe la pandemia, Moderna no hará cumplir nuestras patentes relacionadas con Covid-19 contra aquellos que fabrican vacunas destinadas a combatir la pandemia".

Las historias y los titulares daban la impresión de que la empresa estaba abriendo la puerta a la producción generalizada de la vacuna, potencialmente a costa de las ganancias. Forbes informó el 8 de octubre que la decisión "permitiría que otros fabricantes de vacunas utilicen la tecnología de la compañía". El comunicado emitido por la propia empresa el 8 de octubre parecía alentar esta percepción pública. "Sentimos una obligación especial en las circunstancias actuales de utilizar nuestros recursos para poner fin a esta pandemia lo más rápido posible", dijo la compañía.

El anuncio contenía algunas banderas rojas. La compañía no especificó cuándo, exactamente, se declararía "terminada" la pandemia y se restablecería su aplicación de patentes, pero se dio amplia discreción para determinar una fecha de finalización, e incluso dio a entender que la crisis podría terminar dentro de un año (aunque el empresa aún no ha hecho tal declaración). Los grupos de salud pública, además, advirtieron en ese momento que la mera falta de aplicación de las patentes no es suficiente.

"Para realmente tener un impacto y ayudar a frenar la propagación de Covid-19, las compañías farmacéuticas deben aceptar no hacer cumplir ninguna propiedad intelectual (IP) en las herramientas de Covid-19 en ningún momento y no solo patentes, ya que los conocimientos, la tecnología y otros componentes del desarrollo y la fabricación de vacunas aún pueden protegerse bajo las reglas de propiedad intelectual", escribió Médicos sin Fronteras (Médecins Sans Frontières). Moderna especificó en su declaración que otorgaría la licencia de

propiedad intelectual de su vacuna COVID "a pedido", pero solo durante el "período posterior a la pandemia",
cuando, aparentemente, habría una necesidad mucho menos extrema.

Sin embargo, en realidad, Moderna ha rechazado repetidamente los llamados de activistas de la salud mundial y funcionarios públicos para compartir su receta de vacunas y conocimientos tecnológicos, para que el mundo pueda ampliar la fabricación de vacunas. En junio pasado, cuando la OMS lanzó su centro de transferencia de tecnología (C-TAP), solicitó que Pfizer y Moderna ayudaran a los investigadores de los países del Sur Global a descubrir cómo fabricar sus vacunas.

El centro se creó junto con COVAX, la iniciativa respaldada por la Fundación Gates, en gran medida fallida, para distribuir vacunas en todo el mundo. Como explicó la OMS en ese momento, C-TAP estaba destinado a ser un centro de capacitación "donde la tecnología se establece a escala industrial y se lleva a cabo el desarrollo clínico" y donde "los fabricantes interesados de países de bajos y medianos ingresos pueden recibir capacitación y las licencias necesarias para la tecnología". Idealmente, dicho centro, una vez establecido, también podría usarse para compartir información sobre cómo producir tratamientos para la malaria, el VIH y otras enfermedades, dijeron sus fundadores.

Ninguna de las compañías se dignó dar una respuesta, dejando a esos investigadores solos para pasar ocho meses realizando ingeniería inversa de las vacunas. Mientras tanto, más de cien mil personas en África han muerto desde que se anunció el centro de la OMS en junio, según Our World in Data, una publicación científica en línea.
En lugar de proporcionar esta información vital al centro sudafricano, la compañía ha solicitado patentes en Sudáfrica y ha dejado a los investigadores y defensores de la salud pública preocupados de que Moderna, de hecho, planee hacer cumplir las normas de propiedad intelectual, ya sea ahora o después. En el momento en que la compañía determine que la pandemia ha "terminado". Hasta el momento, se han otorgado a la compañía al menos tres patentes relacionadas con las vacunas COVID, según un informe de Médicos Sin Fronteras.

Los activistas dicen que estas patentes representan una amenaza directa para el centro de transferencia de tecnología, donde el nuevo avance de la investigación seguirá siendo de dominio público. Las patentes "crean incertidumbres para cualquier resultado del Centro de Transferencia de Tecnología de Vacunas de ARNm Covid-19 en Sudáfrica", dijo Médicos Sin Fronteras en el informe. La organización agregó: "Aunque el Centro continúa trabajando en investigación y desarrollo (I + D) por el momento, las patentes otorgadas a Moderna podrían crear un efecto paralizador y riesgos legales de posibles disputas de patentes para las entidades que adquieren tecnologías del Centro y pretenden llevar los productos al mercado".

Por esta razón, los activistas están pidiendo al gobierno sudafricano que revoque las patentes de Moderna.

Incluso si Moderna no hace cumplir sus patentes, los investigadores sudafricanos esperan un largo plazo sin la cooperación activa de la empresa. Como explica Politico, "para demostrar que es lo mismo que la vacuna de Moderna, es probable que Afrigen deba repetir los ensayos que ya realizó Moderna, a menos que los reguladores permitan un proceso acelerado". Si bien los ejecutivos de Afrigen esperan que esto avance rápidamente, "un cronograma de 36 meses puede ser realista", informa Politico. En otras palabras, sería mucho más eficiente y salvador para la empresa simplemente entregar la información que los científicos necesitan para recrear la vacuna.

Según Sehoma de Médicos Sin Fronteras, "El centro tardará tres años en llevar la vacuna al mercado. Todavía tienen que

hacer ensayos clínicos para calificar la vacuna. Todavía necesitan hacer todo ese proceso, cuando ya se han realizado ensayos para la vacuna Moderna. Pero todavía tienen que pasar por el proceso de demostrar que es eficaz".

La línea de tiempo sería mucho más rápida con la cooperación de Moderna, dice Sehoma. "Es un poco absurdo pensar en eso", subraya, "que tienes que esperar todo este tiempo para hacer algo que ya ha sido probado".

En cambio, Moderna declaró en octubre de 2021 que construiría una planta de fabricación en algún lugar de África, un anuncio que parecía destinado a reforzar la imagen pública de la empresa. Pero Moderna no ha dado un tiempo sobre cuándo exactamente esa instalación comenzará a producir los 500 millones de dosis al año que prometió la compañía. Las instalaciones en el continente que son fuertes candidatas para producir la vacuna siguen sin poder hacerlo, porque Moderna no les mostrará cómo hacerlo. Es el equivalente a permitir que grandes extensiones de tierra cultivable queden en barbecho en medio de una terrible hambruna.
Nuevamente: titulares brillantes, seguimiento dudoso.

Mientras tanto, Moderna ha apoyado de facto las reglas de propiedad intelectual en otros lugares. Después de que India y Sudáfrica presentaran una propuesta para que la Organización Mundial del Comercio (OMC) suspendiera las reglas clave de patentes para permitir el acceso generalizado a versiones genéricas más baratas de vacunas y tratamientos contra el COVID, Moderna hizo declaraciones públicas que socavaban las justificaciones clave del esfuerzo. La propuesta está estancada en la Organización Mundial del Comercio, gracias a la ferviente oposición de la Unión Europea, la intransigencia de la administración Biden y la oposición de la industria farmacéutica. (Incluso si Moderna cumple con su compromiso de no hacer cumplir las patentes durante la pandemia, una afirmación que aún no se ha probado, dicha propuesta sentaría un precedente que podría, potencialmente, amenazar las ganancias futuras de la empresa).

En mayo, después de que la administración Biden dijera que apoyaría la exención de patentes de la OMC (aunque su apoyo posterior ha sido tibio), el director ejecutivo de Moderna, Stéphane Bancel, hizo la dudosa afirmación de que tal exención no ayudaría a aumentar el suministro de vacunas.

"Esta es una nueva tecnología", dijo Bancel. "No puedes ir a contratar a personas que saben cómo hacer mRNA. Esa gente no existe". El subtexto de esta afirmación, que es un mensaje de conversación habitual y repartido, de la industria farmacéutica, es que el Sur Global carece de la capacidad de fabricar vacunas de ARNm, por lo que liberar las patentes no impulsará el suministro global.

Es una afirmación que se puede refutar empíricamente. Un grupo de investigadores de atención médica identificaron recientemente ciento veinte instalaciones en Asia, América Latina y África que son fuertes candidatas para producir vacunas de ARNm si las empresas les mostraran cómo hacerlo. Sin embargo, la falsa afirmación de la industria farmacéutica tiene un fundamento, probablemente porque juega con las nociones racistas de que los países del Sur Global carecen de la sofisticación de sus antiguos colonizadores. Ha demostrado ser un poderoso argumento en contra de la exención de patentes, uno que ha sido repetido por los jefes de estado de todo el mundo.

Mientras tanto, la administración Biden se ha negado a obligar a la empresa a compartir su receta con el centro de la OMS en Sudáfrica o con gobiernos y fabricantes de todo el mundo, a pesar de que Estados

Unidos utilizó fondos públicos para financiar la investigación y el desarrollo, y Estados Unidos "posee una patente que cubre métodos para estabilizar las proteínas de pico de coronavirus, una tecnología en la que Moderna y otros fabricantes confían para fabricar sus vacunas contra el covid-19", explica el grupo de defensa Public Citizen. (A pesar de sus afirmaciones de adoptar un nuevo enfoque para las patentes, Moderna inicialmente se opuso enérgicamente a otorgar a los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud el reconocimiento conjunto por el descubrimiento de la vacuna, aunque detuvo esta disputa en diciembre).

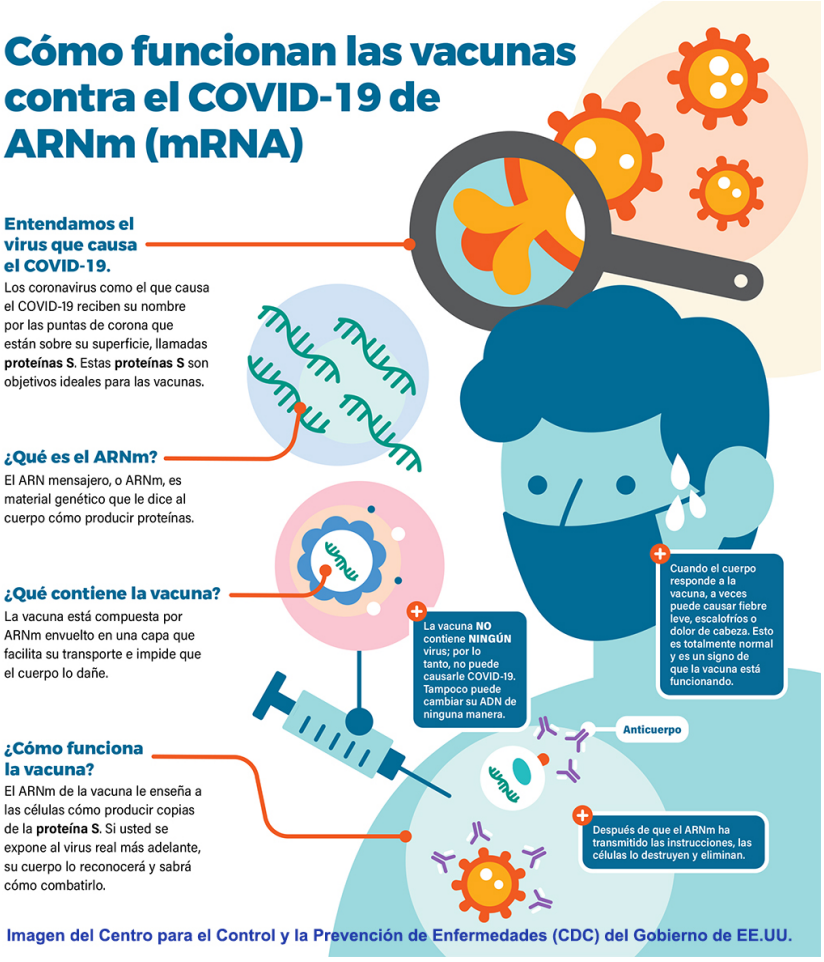


Imagen del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) del Gobierno de EE.UU.

No hay razón para tener fe en la voluntad de la compañía de entregar su vacuna a los países del Sur Global que la necesitan desesperadamente: después de todo, está legalmente obligada a proteger solo los intereses de sus accionistas. Sin embargo, el sistema estadounidense de distribución de vacunas a nivel mundial se basa en el supuesto de que Moderna y otras empresas actuarán con benevolencia. La estrategia de la administración Biden para convertir a Estados Unidos en un "arsenal de vacunas", por ejemplo, consiste en dedicar miles de millones de dólares a la producción de vacunas Moderna y Pfizer, en un plan que otorga amplia libertad a las empresas y no requiere que trabajan activamente para compartir recetas y conocimientos para que las instalaciones de todo el mundo puedan fabricar las vacunas por sí mismas. Esto es a pesar de los llamados de todo el mundo para que el gobierno de EE. UU. obligue a Moderna y Pfizer a compartir esta información vital, no solo con el centro de la OMS, sino también con empresas, gobiernos y científicos, cualquiera que pueda ayudar a aumentar la oferta.

En otras partes del mundo, la administración de Biden simplemente instruye a las personas para que esperen a que Estados Unidos les entregue una vacuna de ARNm, incluso cuando Estados Unidos solo ha cumplido con un tercio de sus promesas de donación de vacunas (aunque ha prometido significativamente más que otras naciones ricas). En las discusiones políticas de las naciones ricas, el concepto de que las personas en Indonesia, Argentina, India o Sudáfrica deberían tener derecho a fabricar la vacuna por sí mismos, desde el principio, se ha descartado en gran medida. "No queremos estar a la merced de los EE. UU.", me dijo en una llamada de Zoom el coordinador del proyecto Acessibsa con sede en India, que tiene como objetivo ampliar el acceso a los medicamentos. "¿Puedo, por favor", plantea, "tener una voz en su decisión sobre cómo salvarme?"

Sarah Lazare

OTRAS FUENTES

Congreso de los Diputados. Comisión de Investigación relativa a la gestión de las vacunas y el Plan de Vacunación

Intervenciones de Joan-Ramon Laporte Rosello, Vanesa López García y Francesc Puigventós Latorre

https://www.congreso.es/ca/iniciativas-organo?p_p_id=iniciativas&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_iniciativas_codigoOrgano=365&_iniciativas_legislatura=XIV&_iniciativas_codOrg=365

La Comisión de Investigación relativa a la Gestión de Vacunas del Congreso de los Diputados, en sus sesiones del 7 y 8 de febrero de 2022, recibió a varios comparecientes, entre ellos a Joan-Ramon Laporte Rosello, Vanesa López García y Francesc Puigventós Latorre.

Expertos que, desde el punto de vista de esta Comisión de Redacción, llevaron a cabo unas exposiciones del máximo interés que entendemos merecen las atención de nuestras lectoras y lectores. Ofrecemos unas breves reseñas y el acceso a los vídeos correspondientes. La comparecencia ante esa misma Comisión del presidente de honor de la Asociación Acceso Justo al Medicamento, Fernando Lamata Cotanda, que realizó el pasado 29 de noviembre de 2021, fue recogida en el Nº 7 de nuestra revista, página 47. Puede accederse a la misma en el siguiente ENLACE.

Joan-Ramon Laporte Rosello

Catedrático Honorario de Farmacología de la Universidad de Barcelona. Intervención el 7 de febrero de 20022. Acceso a su intervención, APP del Congreso de los Diputados, pinchando AQUÍ

Joan-Ramon Laporte ejecuta con su particular bisturí crítico una disección precisa, documentada y en algunos momentos controvertida, de las vacunas y sus ensayos clínicos pivotales, del papel de las agencias reguladoras y su financiación por la industria farmacéutica, y destaca la importancia de la farmacovigilancia en esta campaña de vacunación, que considera un experimento global por lo novedoso de la tecnología empleada. Una intervención que no deja indiferente a nadie.

Vanesa López García

Directora Ejecutiva de la Fundación Salud por Derecho. Intervención el 8 de febrero de 20022. Acceso a su intervención, APP del Congreso de los Diputados, pinchando AQUÍ.

Vanesa López defendió cambiar el sistema de innovación de los medicamentos para que todo el mundo tenga acceso a los que necesita. Analizó lo que se ha hecho bien, lo que se ha hecho mal, lo que tendríamos que estar haciendo para reconducirlo y lo que considera necesario cambiar para que las vacunas lleguen a todo el planeta a un precio justo.

Francesc Puigventós Latorre

Hospital Universitario de Son Espases, especialista en Farmacia Hospitalaria (jubilado). Intervención el 8 de febrero de 20022. Acceso a su intervención, APP del Congreso de los Diputados, pinchando AQUÍ

Francesc Puigventós, experto en evaluación de medicamentos, analiza la gestión de las vacunas en Europa, su compra centralizada, el exceso de dosis adquiridas, la opacidad de los contratos y los elevados precios pagados. Patentes, precios de los medicamentos, transparencia de costes y de la investigación le sirven de argumento para la defensa del cambio en el sistema de fijación de precios actual por otro basado en el coste plus.

CARTA AL PRESIDENTE DEL GOBIERNO

Se pide al Gobierno que garantice el acceso global a la vacuna de la farmacéutica Hipra, desarrollada con inversión pública

Organizaciones firmantes: Salud por Derecho, Médicos del Mundo, Asociación por un Acceso Justo al Medicamento, Organización Médica Colegial, No Gracias, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), Amnistía internacional, Oxfam Intermón, La Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo, Médicos sin Fronteras, Farmamundi, Plataforma de afectados por hepatitis C (PLAFH), medicusmundi, Comisiones Obreras – CCOO, Unión General de Trabajadores – UGT, Right2Cure – Campaña Non Profit on Pandemic EU, Intersindical Valenciana, ACDESA PV, AVUSAN Asociación Valenciana de Usuarios de Sanidad, Confederación Intersindical, CEAV, Confederación Intersindical Galega, Valencia Saludable, medicusmundi Mediterránea y STEC Cantabria.

D. Pedro Sánchez Castejón, presidente del Gobierno.
Dña. Nadia Calviño, ministra de Economía.
Dña. Carolina Darias, ministra de Sanidad.
Dña. Diana Morant, ministra de Ciencia e Innovación.

22 de febrero de 2022

Estimado presidente,

Las asociaciones y organizaciones que suscribimos este documento nos dirigimos a usted para solicitar que haga todo lo que esté en su mano para que la tecnología y el conocimiento para el desarrollo de las vacunas investigadas y desarrolladas en España frente a la COVID-19 se ceda a la iniciativa COVID Technology Access Pool de la Organización Mundial de la Salud (C-TAP) y, de esta forma, hacer posible el acceso a vacunas asequibles.

El Gobierno dio un paso importante al entrar a formar parte de la iniciativa C-TAP y, por su parte, el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ha culminado este proceso con el desarrollo y la cesión, en noviembre 2021, de un test diagnóstico para COVID al C-TAP que permite fabricar el test a cualquier empresa acreditada del mundo. Así se consigue su accesibilidad y asequibilidad para todas las personas que lo precisen.

También fue significativa la iniciativa "Vacunas para todos", presentada por usted con motivo de la reunión del Consejo Europeo informal de mayo de 2021. En ella, el Gobierno mostró su apoyo a la suspensión temporal de los derechos de propiedad intelectual y a la transferencia de la tecnología y del conocimiento relacionados con la COVID-19. De la misma forma, usted planteó la suspensión de las patentes de las vacunas en su intervención ante la Asamblea General de Naciones Unidas el 22 de septiembre de 2021. Sin duda, un paso importante que se acerca a la propuesta realizada en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) por 62 países, apoyada por más de un centenar de sus miembros, en la que se propone la exención temporal de ciertos artículos de los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para vacunas, tratamientos, diagnósticos y tecnologías de salud en general destinadas a la lucha contra el COVID-19.
En el marco de estas decisiones y en un planteamiento coherente con su política y declaraciones públicas, solicitamos encarecidamente que estos acuerdos de

cesión y licencia no exclusiva se hagan también para todas las tecnologías sanitarias desarrolladas con financiación pública española. En concreto, con las vacunas desarrolladas en España, tanto las impulsadas por el CSIC como las desarrolladas en el espacio privado, como la de HIPRA, que se encuentra actualmente en fase III. El Estado ha dotado de financiación pública parcial o total a estas iniciativas y, por ello, en los acuerdos de financiación y colaboración en I+D público-privados se deben incorporar condiciones y provisiones de acceso para que, tanto las entidades públicas como privadas, licencien sus productos a través de acuerdos globales y no exclusivos, a través de C-TAP, compartiendo los derechos de propiedad intelectual, con una compensación razonable a la empresa por su esfuerzo económico. Además, el Gobierno debería dotar de la misma cantidad financiera en I+D, tanto al espacio público como al privado.

Pedro Sánchez Castejón

Como bien sabe, ya existen iniciativas cuyo objetivo es licenciar en términos de no exclusividad y de cesión de la tecnología y del conocimiento de una vacuna COVID, como es el caso de Corbevax por parte del Hospital Infantil de Texas y el Baylor College of Medicine.

El Gobierno de España tiene la oportunidad de avanzar y liderar a nivel mundial el planteamiento de soluciones concretas para conseguir un acceso y una distribución justa y equitativa de las vacunas. Se encuentra en el ámbito de sus responsabilidades la búsqueda de fórmulas que coloquen como objetivo central la salud pública y propongan a las empresas una remuneración adecuadamente proporcional a sus esfuerzos de inversión. Una propuesta que ponga a las personas y a su derecho a la salud por delante de los intereses económicos, garantizando el acceso universal a las vacunas.

Esta pandemia es la pandemia de la inequidad y la injusticia. Mientras en los países desarrollados se está poniendo la tercera e incluso avanzando la cuarta dosis, en los países de bajos ingresos se ha vacunado con dos dosis apenas al 10% de la población. La causa son los monopolios de las vacunas que han limitado la producción y han elevado los precios, junto con el acaparamiento de vacunas desencadenado entre los países que pueden pagar los precios impuestos por contrato por las farmacéuticas. Sin embargo, la estrategia debería ser la contraria: aumentar la producción y diversificarla en todas las regiones del mundo, fortaleciendo sistemas sanitarios y productivo- sanitarios; y mejorar, en definitiva, la respuesta de todos los países a los desafíos globales de la salud pública.

España, en defensa de la sanidad universal, podría dar un ejemplo de liderazgo político, de justicia, de equidad y de solidaridad al mundo, mostrando el camino para que superemos todos juntos esta pandemia y, sobre todo, nos preparemos para responder globalmente, con capacidades y de forma eficaz a las pandemias que, seguramente, han de venir.

Quedamos a su disposición para aclarar o complementar nuestra petición personalmente.

En aras de trasparencia esta carta se hará pública.

Atentamente,

Organizaciones firmantes

CARTA A LA MINISTRA DE SANIDAD

Informe de No es Sano: "Los altos precios de los medicamentos en España"

No es Sano

Organizaciones miembro de la campaña No es Sano y firmantes de esta carta: Salud por Derecho, Médicos del Mundo, Organización Médica Colegial de España - OMC , Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Organización de Consumidores y Usuarios - OCU, Asociación por un Acceso Justo al Medicamento - AAJM, Confederación Española de Consumidores y Usuarios – CECU y No Gracias. www.noessano.org

Sra. Doña Carolina Darias San Sebastián, ministra de Sanidad.

Febrero de 2022

Estimada Sra. ministra,

Nos ponemos en contacto con Ud., con el objetivo de hacerle llegar el informe titulado "Los altos precios de los medicamentos en España: Análisis de los fármacos aprobados durante la pandemia", recientemente publicado por la campaña No es Sano. De su contenido se extraen una serie de recomendaciones que nos gustaría trasladarle para su toma en consideración de cara a la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, prevista en el Plan Normativo para 2022 aprobado por el Gobierno a principios de año.

Parece, por lo tanto, un momento propicio para reflexionar sobre si los mecanismos actuales para la fijación del precio son los más adecuados. No hay más que ver la tendencia. muy consolidada ya, de altos e injustificados precios en muchos medicamentos que absorben nuestros presupuestos sanitarios y que ha llevado a incrementar en más de un 50% el gasto farmacéutico hospitalario en los últimos siete años. El modelo de fijación de los precios basados en el valor del medicamento se ha ido introduciendo poco a poco en el sistema, dejando de lado otros mecanismos más justos y equitativos, como es el cost plus, cuyo precio se determina en función de los costes relacionados con el desarrollo, la fabricación y la distribución del medicamento, añadiéndole un margen de beneficio para la compañía.

Asuntos como los precios abusivos o los presupuestos tensionados repercuten directamente en la factura de las comunidades autónomas y en la propia equidad en el acceso a las tecnologías, así como en la cohesión de nuestro sistema sanitario.

Por ello, teniendo en cuenta todo lo anterior, debemos apostar por un modelo que tenga en cuenta el coste real de la innovación, al que se le añada un margen de beneficio razonable que pueda ser auditado por autoridades independientes. Un modelo justo que no esté regido por el interés empresarial. Además, es importante diferenciar aquellos medicamentos en los que la I+D ha sido desarrollada por la compañía, incluida la investigación básica, de aquellos que han sido fruto de adquisiciones o acuerdos de distribución con biotecnológicas. En este último caso, las operaciones financieras no pueden ni deben definir el precio del medicamento. Asimismo, la transparencia ocupa un espacio fundamental que afecta no solo a la toma de decisiones sobre financiación y fijación de precio y la

publicidad de estas, también a la información necesaria para que dichas decisiones sean las mejores y más beneficiosas para los pacientes y para el interés general. Es cierto que se han dado pasos importantes en los últimos dos años, pero todavía queda mucho por hacer. Ejemplo de ello es que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos publica notas sobre sus acuerdos, mientras que el objetivo debería ser la publicación de las actas y conocer el precio real de los medicamentos, así como el desglose de todos sus costes asociados.

Carolina Darias San Sebastián

Otros aspectos concretos en materia de transparencia serían, los acuerdos de techo de gasto y de pago por resultados; o la publicación del gasto farmacéutico por medicamento, muy especialmente en el caso de los que sean considerados de alto impacto económico y sanitario.

En lo que respecta a la financiación pública de la innovación, resulta crucial ponerla en valor. Así pues, recoger la cantidad de financiación pública que ha tenido un medicamento, y otros incentivos de los que se ha podido beneficiar, debe formar parte de la toma de decisiones sobre el precio a fijar. Esto es especialmente relevante dada la cada vez mayor colaboración con las instituciones de investigación, especialmente en el ámbito de las terapias génicas y avanzadas y la necesidad de transparencia.

En la campaña No es Sano consideramos que una reforma de la ley actual del medicamento debe tener todos estos elementos en cuenta. Por ello, urge una reflexión profunda que permita encontrar soluciones para asegurar el interés general y un beneficio justo empresarial.

Esperamos que tome en consideración las peticiones que le hacemos llegar y quedamos a su disposición para continuar este diálogo en profundidad en el momento que más convenga a su agenda.

Le agradecemos de antemano su atención y disponibilidad.

Reciba un cordial saludo,

No es Sano

ALGUNOS DE LOS MUCHOS IMPACTOS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA CARTA AL PRESIDENTE DEL GOBIERNO

Imagen de Caludia Cuenca

Acceso a la relación de impactos y sus link pinchando

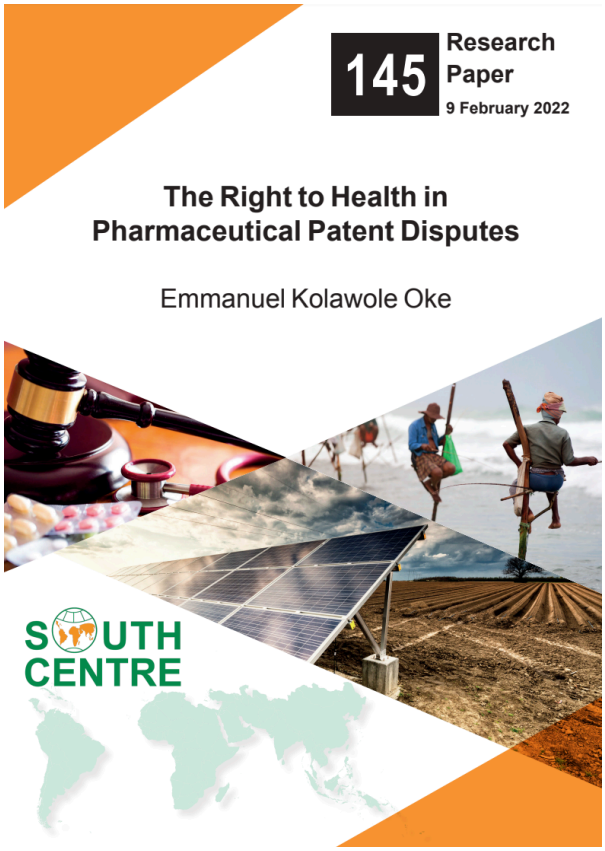
AQUI

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

EL PAÍS

"Los ejecutivos de Pfizer y Moderna deberían ser más altruistas al calcular sus ganancias"
Manuel Ansede. EL PAÍS, 06-01-2022. https://elpais.com/ciencia/2022-01-06/los-ejecutivos-de-pfizer-y-moderna-deberian-ser-mas-altruistas-al-calcular-sus-ganancias.html

Muy interesante entrevista a la microbiología hondureña María Elena Biottazzi en la que explica el desarrollo de una vacuna en el Hospital Infantil de Texas y la Baylor University. Como afirma, su vacuna es abierta para todo el mundo y su conocimiento y tecnología están disponibles para aquellas empresas y gobiernos que la soliciten. Es sin duda un excelente ejemplo a seguir.



Derecho a la salud en las disputas de patentes farmacéutica
Emmanuel Kolawole Oke. SOUTH CENTRE. 09-02-2022. https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/02/RP-145-The-Right-to-Health-in-Pharmaceutical-Patent-Disputes_EN.pdf

Kolawole analiza cómo los tribunales de tres países en desarrollo como Kenia, Sudáfrica e India han abordado la tensión entre los derechos de las patentes sobre productos farmacéuticos y el derecho a la salud. Destaca su posición clara y rotunda sobre la necesidad de incorporar el derecho a la salud en la resolución de los litigios sobre patentes para que así los tribunales de los países en desarrollo pueden adoptar decisiones para mejorar el acceso a los medicamentos a precios justos y asequibles.

Plan integral para abordar los altos precios de los medicamentos
Xavier Becerra. ASPE, 09-09-2021. https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/2021-09/Competition%20EO%2045-Day%20Drug%20Pricing%20Report%209-8-2021.pdf

Este informe de una agencia del del Gobierno de los EE.UU. es de considerable interés, pues presenta los principios para una reforma dirigida a conseguir un acceso equitativo y una disminución de los precios de los medicamentos a través de la competencia, la innovación y la transparencia; El texto aborda también los enfoques legislativos y resume las acciones en marcha para lograr este objetivo.

Sobrepatentado, demasiado caro
I-MAK. 08-2018. http://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2018/08/I-MAK-Overpatented-Overpriced-Report.pdf

I-Mak realiza un estudio sobre doce de los medicamentos principales en Estados Unidos donde se destaca como sus precios han aumentado un 68 % desde 2012, y solo uno de los doce principales medicamentos realmente ha bajado de precio. También destaca el documento Los intentos de protección de patentes para bloquear la competencia de genéricos y la maraña de solicitudes de patentes presentadas para continuar con el monopolio.

THE LANCET

Dudas sobre la vacuna contra la COVID-19 en África: llamada a la acción
VV.AA. THE LANCET, 20-12-2021. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00563-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email

Texto publicado en *The Lancet* donde se hace una llamada a la acción para conseguir la vacunación en Africa.

Del SIDA al COVID-19: La OMS ante las crisis sanitarias globales
Germán Velásquez. SOUTH CENTRE, 11-2021. https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/11/RP140_Del-Sida-al-COVID-19_ES.pdf

Germán Velasquez nuestro excelente y bien conocido autor de referencia para nuestra revista analiza y reflexiona sobre el acceso de las y los ciudadanos a medicamentos y vacunas. En su texto encontramos afirmaciones como ésta: "La COVID-19 ilustra nítidamente la necesidad de emplear el mecanismo de las licencias obligatorias y, en último término, la pregunta que se plantea es la de cómo encontrar un modelo de I+D que garantice un acceso equitativo a la salud"

CARTA A LA COMISIÓN DE REDACCIÓN

Saludos, como miembro de la AAJM quería mostrar mis discrepancias respecto a lo publicado en la revista AJM, Nº 8, por Javier Sánchez Caro, respecto a la vacunación infantil.

Como médico de pueblo no tengo categoría ni renombre que me aporte credibilidad respecto a autoridades oficiales y especialistas, pero siempre procuro buscar fuentes fiables al margen de las oficiales. Yo no puedo hacer una exposición profunda sobre el tema; pero creo que las nuestras publicaciones deben tener mayor fiabilidad que la que aportan las fuentes oficiales. Me parece que esa forma de actuar es propia de nuestra Asociación; ya hemos hablado mucho sobre la captura de las fuentes oficiales y los reguladores por la industria; la propia directora de la EMA es un ejemplo y, de hecho, quizás este sea el principal motivo por el que fue necesario crear esta Asociación. En este punto de la vacunación infantil, además, las dudas son grandes, los riesgos a largo plazo, desconocidos, y las discrepancias de criterios, son enormes.

Así pues, me sorprende que en este caso nos limitemos a fuentes oficiales y al consiguiente discurrir oficialista:
"...se referencia el principal estudio que ha permitido autorizar la vacuna"
"Los efectos secundarios son en su mayoría leves, de corta duración"
"El dictamen oficial es rotundo en cuanto a la conclusión: vale la pena vacunarse"
"Con la vacunación se protege, además, a los miembros de la familia"
"...aunque es necesario continuar revisando la evidencia sobre la efectividad de la vacunación"
"En resumen, son varias las razones por las que es útil vacunar a los niños contra el Covid-19: es más seguro para ellos, pues, aunque pocos enferman gravemente, a veces ocurre; las escuelas cierran menos; son una fuente importante de transmisión a los adultos y mayores vulnerables y contribuye a una menor circulación del virus."

Conclusión
"Se obtiene por sí solo en vista de lo expuesto hasta el momento y consiste en afirmar la apuesta decidida por la vacunación infantil contra la Covid-19."

Mis dudas
La autorización de la vacuna estuvo repleta de irregularidades. Más aún en el caso de los niños, hasta el punto en que las presiones no consiguieron hacer que se recomendase la vacunación, aunque si se consiguieron la autorización.

Los efectos secundarios de corta duración son todos leves. El problema son los efectos desconocidos a largo plazo, riesgo importante en una tecnología nueva de intervención genética.

Si seguimos con dudas respecto a la efectividad de la vacunación y a sus riesgos, ¿cómo se puede concluir en una apuesta decidida por la vacunación?; ¿en una apuesta? ¿jugamos ahora con la salud de los niños? Y hablamos de niños sanos en los que la enfermedad es leve, similar a la de los

otros cuatro coronavirus. Aquí no se les puede exponer a riesgo alguno.

Yo soy sólo médico de pueblo, pero no soy tonto y ya estoy harto de que me tomen el pelo. De una vacuna con una eficacia del 95 % que nos libraba de la pandemia ya vamos por cuatro dosis con una mierda de eficacia (aún dudosa) y la pandemia a tope; comparado con lo que esperamos de una vacuna, es un auténtico fraude. ¿Hubiéramos aceptado esto de inicio de haberlo sabido?, ¿donde ha estado el saber y el buen quehacer médico para proteger a una población ignorante y miedosa de toda esta manipulación? Y ahora encima a los niños… para proteger a los adultos. Yo creía que los niños eran el bien mayor, incluso en la ley; que, llegado el caso, es el adulto el que se expone por el bien del niño. No es que no sea ético, es que dudo que sea legal.

Les facilito algunos enlaces que muestran la polémica aún existente y los efectos inmunológicos a largo plazo aún desconocidos; hay muchos más que habría revisar para un análisis más profundo. No es la línea oficial pero los autores son fiables. Seguimos con dudas y me sorprende que seamos tan decididos a la hora de actuar. Desde luego yo no expondría a mi hijo a estos riesgos para librarlos de un catarro, que es lo que hacen los coronavirus, aunque alguno se complique. Lo del "*primun non nocere*" se quedó en los libros antiguos.

Pido disculpas por los modales pero es que estoy indignado con el tema, hasta al escribirlo. Ha sido un motivo de mi reciente jubilación, incluso.

Creemos que una evaluación integral de riesgos/beneficios de las vacunas de ARNm los excluye como contribuyentes positivos a la salud pública, incluso en el contexto de la pandemia de Covid-19.
https://saludineroap.blogspot.com/2022/01/discriminacion-infantil-pasaportes-no.html

Sobre la exclusión social de los niños y los daños sociales y psicológicos John P. A. Ioannidis. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4005459

La inmunidad natural debe considerarse para la política de salud pública con respecto al SARS-CoV-2.

Roberto Colino Martínez.
Médico de Atención Primaria, miembro de la AAJM.

Descanse en paz el compañero y amigo de muchos de nosotros

José Conde Olasagasti

Falleció en Toledo el pasado 12 de febrero.
ABC Toledo

ÚLTIMA HORA

¡No a la guerra!

Comisión de Redacción

Ante la situación de guerra en Ucrania queremos mostrar nuestro más absoluto rechazo a la guerra que constituye sin duda la forma mas injusta y terrible para resolver los conflictos entre los Estados. Por esta razón hemos decidido releer el manifiesto Russell-Einstein que por su dignidad y vigencia constituye un mensaje repetido de exigencia a instituciones y gobiernos. Hacemos por tanto nuestras sus frases finales: " Ante el hecho de que en toda futura guerra mundial se emplearán con certeza las armas nucleares, y de que tales armas amenazan la existencia misma de la humanidad, hacemos un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo, para que entiendan, y lo reconozcan públicamente, que sus propósitos ya no pueden lograrse mediante una guerra mundial y, consecuentemente, para que por medios pacíficos cualquier contenciosos que exista entre ellos".

Manifiesto Russell-Einstein

Ante la trágica situación que enfrenta la humanidad, creemos que los científicos deben reunirse en una conferencia, para valorar los peligros crecientes que se desprenden del desarrollo de las armas de destrucción masiva, y para discutir una resolución redactada en el espíritu del borrador que se adjunta a ésta.

No hablamos en esta ocasión como miembros de tal o cual nación, continente o credo, sino como seres humanos, miembros de la especie humana, cuya supervivencia ya está puesta en duda. El mundo se halla lleno de conflictos y, por encima de todos los conflictos menores, está la titánica lucha entre el comunismo y el anticomunismo.

Casi todas las personas políticamente conscientes están sensibilizadas con respecto a alguno de estos conflictos. Pero es necesario que nos desprendamos de percepciones parciales, para considerarnos miembros de una especie biológica que ha tenido una extraordinaria historia y cuya desaparición no es deseada por ninguno de nosotros. (...)

Hemos de aprender a pensar de una nueva forma. Tenemos que aprender a preguntarnos, no qué medidas hay que tomar para que el grupo que preferimos obtenga la victoria militar, porque este tipo de medidas ya no existen, sino qué medidas hay que tomar para prevenir la conflagración militar, cuyo resultado sería desastroso para cualquiera de las partes.

La opinión pública, e incluso muchas personas con puestos de autoridad, no saben aún lo que sería una guerra donde se usaran armas nucleares. Todavía se piensa en términos de destrucción de ciudades. Se entiende que las nuevas bombas son más potentes que las viejas, y que mientras una bomba A pudo destruir Hiroshima, una bomba H podría destruir ciudades tan grandes como Londres, Nueva York o Moscú.

No cabe duda de que una guerra en la que se usaran estas bombas de hidrógeno supondría la destrucción de estas grandes ciudades. Pero esto sería uno de los desastres menores que deberíamos afrontar. Si todos los habitantes de Londres, Nueva York o Moscú fuesen exterminados, el mundo podría, en cuestión de algunos siglos, recuperarse del golpe. Pero sabemos, especialmente tras las pruebas nucleares en el archipiélago de Bikini, que las bombas atómicas pueden extender gradualmente la destrucción sobre un área muy superior a la inicialmente supuesta.

Se sabe de fuentes muy fiables que es perfectamente posible fabricar una bomba que sea unas 2.500 veces más potente que la que destruyo Hiroshima. Tal bomba, si estallara sobre la superficie terrestre o debajo del agua, emitiría partículas radioactivas hacia las capas más altas del aire, que luego descenderían sobre el suelo en forma de lluvia o polvo mortal. Fue precisamente este polvo el que contagió a los pescadores japoneses y a la pesca capturada por ellos.

Lo cierto es que nadie sabe con certeza hasta dónde podría extenderse la difusión de esas mortíferas partículas radioactivas, pero las fuentes más rigurosas son unánimes al afirmar que es muy posible que una guerra a base de bombas H signifique la muerte universal, una muerte que solo sería súbita para una minoría y que para la mayoría restante, representaría una lenta tortura de enfermedades y desintegración. (...)

Hemos comprobado que las personas que más saben son las más pesimistas. Este es pues el interrogante que planteamos, espantoso, terrible e ineludible: ¿desaparecerá la raza humana o la humanidad renunciará a la guerra? Mucha gente no acepta tal alternativa, porque le parece muy difícil que se consiga desterrar la guerra. La supresión de la guerra exigiría desagradables limitaciones de la soberanía nacional. (...) La gente apenas puede imaginarse que ellos mismos individualmente, y las personas a las que quieren, están en inminente peligro de perecer angustiosamente. (...)

Ante nosotros está, si lo escogemos, un continuo progreso en términos de felicidad, conocimiento y sabiduría. ¿Escogeremos la muerte como alternativa, sólo porque somos incapaces de suprimir nuestras querellas? Hacemos, como seres humanos, un llamamiento a los seres humanos: Recuerda que eres humano y olvida el resto. Si los hombres obramos así, se abrirá ante nosotros el camino hacia un nuevo paraíso, en caso contrario, quedará con nosotros el peligro de la muerte universal.

Resolución del Congreso:

Invitamos a este Congreso, a los científicos del mundo y al público en general, a suscribir la siguiente resolución:

"Ante el hecho de que en toda futura guerra mundial se emplearán con certeza las armas nucleares, y de que tales armas amenazan la existencia misma de la humanidad, hacemos un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo, para que entiendan, y lo reconozcan públicamente, que sus propósitos ya no pueden lograrse mediante una guerra mundial y, consecuentemente, para que resuelvan por medios pacíficos cualquier contencioso que exista entre ellos".

- *Profesor Bertrand Russell y Profesor Albert Einstein* (Premio Nobel de Física)
- *Profesor Max Born* (Profesor de física Teórica en Berlín, Francfort, Göttingen y Edimburgo; Premio Nobel de Física)
- *Profesor P.W. Bridgman* (Profesor de Física Teórica, Universidad de Harvard; Premio Nobel de Física)
- *Profesor L. Infeld* (Profesor de Física Teórica de Varsovia)
- *Profesor F. Joliot Curie* (Profesor de Física en el Collège de France; Premio Nobel en Química)
- *Profesor Linus Pauling* (Profesor de Química, Instituto de Tecnología de California; Premio Nobel de química)
- *Profesor Hideki Yukawa* (Profesor de Física Teórica. Universidad de Kyoto; Premio Nobel de Física).
- *Profesor H.J. Muller* (Profesor de Zoología en la Universidad de Indiana; premio Nobel en Medicina)
- *Profesor C.F. Powell* (Profesor de Medicina en la Universidad de Londres).
- *Profesor Joseph Rotblat* (Profesor de Física en el Hospital St. Bartholomew de la Universidad de Londres)

Hecho público en Londres, el 9 de julio de 1955.

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