

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

ISSN 2697-1712

AAJM

Nº. 12  
MAYO 2022

<https://accesojustomedicamento.org/>

<https://twitter.com/AimRevista>

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

## EDITORIAL

**El drama de la pandemia ha propiciado que se abra en la sociedad el debate sobre los monopolios de medicamento. Nos va la vida en ello.** Fernando Lamata Cotanda, presidente de Honor de la AJM y presidente de la Comisión Editorial de la rAJM. 3

## ORIGINALES

**¿Dónde la literatura sobre acceso justo al medicamento?** José Manuel Estrada y Serapio Severiano, miembros de la Comisión de Redacción de la rAJM. 6

**Licencias obligatorias: ¿remedio para hacer frente a los precios elevados y abusivos de los medicamentos?** Javier Sánchez Caro, profesor horario de la ENS, director de la revista "Derecho y Salud". 12

## OTRAS FUENTES

**La investigación COVID del Parlamento Europeo: las preguntas que los eurodiputados deben hacer.** Oliver Hoedeman. 18

**La desigualdad de las vacunas profundiza la discriminación racial estructural.** Ohene Ampofo-Anti & otros. 21

**Los inversores pierden la votación para compartir los conocimientos técnicos de la vacuna COVID.** Jonathan Josephs. 25

**Vacunar al mundo contra el COVID-19 es una obviedad.** Joseph E. Stiglitz. 27

**Hace un año, Biden prometió apoyar las vacunas genéricas para el mundo. Eso no es nada.** Sarah Lazare 30

## INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

35

## APOYO A LA PUBLICACIÓN DE "HONDEROS"

37

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](mailto:comisionredaccionaajm@gmail.com)

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

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

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

Nº 12. MAYO 2022. [Histórico de revistas](#).

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



**EDITORIAL****El drama de la pandemia ha propiciado que se abra en la sociedad el debate sobre los monopolios de medicamentos. Nos va la vida en ello.****Fernando Lamata Cotanda.**

Presidente de honor de la AJM y presidente de la Comisión Editorial de la rAJM.

En el mundo se habían administrado más de 11.700 millones de dosis de la vacuna COVID-19 a 17 de mayo de 2022. Pero muy mal repartidas: en los países de bajos ingresos apenas el 15,9% de la población se ha podido vacunar con una dosis <sup>(1)</sup>. Mientras tanto, en los países de altos ingresos, se han podido administrar dos o tres dosis a toda la población, y se está aplicando la cuarta dosis para personas vulnerables. La desigualdad en el acceso, como denuncia una y otra vez el Director General de la OMS, Dr. Tedros, es inmoral <sup>(2)</sup>. Y no es casualidad. No es castigo divino. Es consecuencia de un desequilibrio de poder, de un abuso de poder por parte de los ejecutivos de algunas empresas farmacéuticas, y una dejación de poder por parte de los gobiernos que deberían evitar ese abuso.

La herramienta que permite el abuso son las patentes, los derechos de propiedad intelectual, que conceden monopolios de comercialización a las empresas durante 20 años. Con ese monopolio las empresas pueden poner precios más altos, y deciden cuánto producen y a quién venden. La justificación para conceder ese beneficio a las empresas es que, de esa manera, las empresas invertirían en investigación. Además, la patente incluiría la información necesaria y suficiente para que una persona razonablemente cualificada en el área pudiera replicar y utilizar el invento, asegurando así su difusión al conjunto de la sociedad cuando caducara dicha patente. La realidad es que, a lo largo de los años, se ha producido un abuso de posición dominante,

un abuso de los monopolios. Se han fijado precios excesivamente altos, creando barreras de acceso para millones de pacientes y para muchos servicios de salud. A cambio, las empresas farmacéuticas han invertido solamente una pequeña parte (25%) del exceso de ganancias en I+D. Y, por otro lado, las patentes no recogen la información suficiente para que otra empresa cualificada pueda fabricar los medicamentos.

Como resultado, el modelo de las patentes y los monopolios para financiar la I+D solamente beneficia a los directivos y accionistas de las grandes empresas farmacéuticas, pero perjudica al conjunto de la sociedad y a los pacientes. En medicamentos, las patentes matan. La pandemia de la COVID-19 lo ha vuelto a poner de manifiesto. Así, el pasado 11 de marzo, en una carta encabezada por el Presidente de Tanzania, y suscrita también por Ban Ki-moon, ex Secretario General de Naciones Unidas, y por más de 100 premios Nobel, artistas, líderes religiosos, economistas, expresidentes de gobierno y personalidades de todo el mundo, se denuncia que, dos años después de iniciada la pandemia de la COVID-19: “el enfoque actual es inmoral, autodestructivo y supone un fracaso ético, económico y epidemiológico”. Los firmantes piden a los gobiernos de EEUU, la UE, Reino Unido, Suiza y otros que se “maximice la producción de vacunas y otros productos seguros y eficaces para la COVID, suspendiendo los derechos de propiedad intelectual relevantes y asegurando que se



compartan, obligatoriamente, las tecnologías y conocimientos relacionados con la COVID, para que cada país pueda producir o comprar dosis de vacunas y otros productos suficientes y a precio asequible” (3).

Ban Ki-moon, al presentar esta carta, declaró: “los líderes de los países ricos están protegiendo los monopolios de las empresas farmacéuticas por encima de la salud y las vidas de millones de personas”.

Pero este problema no ha aparecido con en la COVID-19. Venía de antes y afectaba a todo tipo de enfermedades y tratamientos, como se pone de manifiesto en el Informe de la campaña No es Sano, “Los altos precios de los medicamentos en España”, publicado en diciembre de 2021 (4). Así mismo, en un trabajo exhaustivo, el Informe del Comité de Supervisión y Reforma de la Cámara de Representantes de los EEUU, presidido por Carolyn B. Maloney (5), que las compañías farmacéuticas han subido los precios de los medicamentos continuamente durante décadas manipulando el sistema de patentes y otras leyes para retrasar la competencia de genéricos a precios más bajos. Como consecuencia, los precios son insostenibles, injustificables y abusivos. El Comité concluye que es precisa una reforma estructural del sistema.

En la misma línea, el pasado 16 de abril, un editorial del periódico The New York Times, citando el Informe Maloney, denunciaba que las marañas que crea el sistema de patentes “tienen el potencial de extender los monopolios por décadas. En consecuencia, se añaden miles de millones a los gastos sanitarios al país, - y a las cajas fuertes de las empresas farmacéuticas”. El editorial hacía

un llamamiento a las autoridades para reformar el sistema de patentes (6). No solo de los medicamentos, sino en general. Pedía aumentar los requisitos de patentabilidad (ya que la mayoría de las patentes no están protegiendo innovación real), reforzar la capacidad de la Oficina de Patentes, acelerar los procesos de denuncia de patentes, eliminar los conflictos de interés, etc. También la revista Nature, el pasado 9 de febrero, recogía un artículo de Swaminathan S. et al, titulado “Reboot biomedical R&D in the global public interest”, señalando que “el acceso inequitativo a los frutos de la investigación durante la COVID-19 subraya la urgencia -y la viabilidad- de reacondicionar el sistema de I+D” (7).

El problema no es nuevo, pero el drama de la pandemia, y lo injustificable de los monopolios de vacunas y medicamentos creando barreras de acceso y enriquecimientos abusivos, ha propiciado que el debate se abra paso en la sociedad.

Se ofrece así una oportunidad para que los gobiernos impulsen un nuevo sistema para financiar la investigación y desarrollo de medicamentos en línea con las propuestas de la OMS en 2012, y la propuesta del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de la Secretaría General de Naciones Unidas en 2016: un Convenio Internacional que cree un fondo público de investigación; que fije las prioridades de investigación según necesidades de salud pública; que financie investigación ética, abierta y cooperativa, evitando duplicaciones; y que incluya condicionalidades para garantizar licencias no exclusivas, precios cercanos al coste de fabricación, producción suficiente y distribución equitativa en todo el mundo. Nos va la vida en ello.

Algunos de estos elementos, que parecían imposibles, ya se han puesto en funcionamiento durante la pandemia. Por ejemplo, la cesión a la OMS por parte del gobierno de España, a través del CSIC, de la tecnología y conocimiento para desarrollar un test diagnóstico de la COVID: una financiación pública de investigación que se cede con licencia no exclusiva y permite fabricar en todo el mundo. El gobierno de EEUU acaba de tomar la misma decisión.

El 12 de mayo de 2022, el Presidente de EEUU anunció el acuerdo entre los Institutos Nacionales de Salud de su país (NIH) y la Organización Mundial de la Salud mediante el que los NIH ceden 11 tecnologías orientadas al desarrollo de vacunas, tratamientos y diagnósticos para la COVID-19 <sup>(8)</sup>.

El acuerdo se formaliza en dos licencias no exclusivas, globales y transparentes, concedidas a la COVID-Technology Access Pool (C-TAP) de la OMS y la Medicines Patent Pool. De esta forma, a través de sublicencias, se posibilitará que fabricantes de todo el mundo puedan hacer estas tecnologías accesibles a personas que viven en países de medianos y bajos ingresos, permitiendo también que países de bajos ingresos puedan fabricar sus propios productos frente a la COVID-19. El acuerdo prevé que si se comercializan productos derivados de estas licencias los NIH no cobrarán royalties en 49 países clasificados por Naciones Unidas como países menos desarrollados. Son pasos en la buena dirección, que demuestran que otro enfoque es posible.

También los gobiernos de España y EEUU se mostraron favorables a la suspensión temporal de las patentes de las vacunas COVID-19. En el mismo sentido se pronunció el Parlamento Europeo en dos ocasiones. Sin embargo, la Unión Europea (la Comisión y el Consejo) han bloqueado una y otra vez el acuerdo para dicha suspensión en la Organización Mundial del Comercio. El próximo 12 de junio se discutirá una propuesta descafeinada que

supondría mantener las cosas como están. Todavía hay tiempo para que la UE rectifique. Porque vendrán otras pandemias. Y es importante que se establezca que, cuando eso ocurra, se producirá la suspensión automática de las patentes y la puesta a disposición de todos los países de la tecnología y el conocimiento, sin cortapisas. El gobierno de España debería insistir en esa posición. Y, al mismo tiempo, debería generar una estrategia para retomar e impulsar las propuestas de la OMS y de la Secretaría General de Naciones Unidas para un Convenio Internacional de Acceso a Medicamentos.

## Referencias

- (1) <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- (2) <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-who-press-conference-4-May-2022>
- (3) <https://peoplesvaccine.org/resources/media-releases/world-leader-2-year-letter/>
- (4) <http://noessano.org/es/wp-content/uploads/2021/12/InformeAltosPreciosMedicamentosEspaña.pdf>
- (5) <https://oversight.house.gov/sites/democrats.oversight.house.gov/files/DRUG%20PRICING%20REPORT%20WITH%20APPENDIX%20v3.pdf>
- (6) <https://www.nytimes.com/2022/04/16/opinion/patents-reform-drug-prices.html>
- (7) <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00324-y?proof=t>
- (8) <https://www.who.int/news/item/12-05-2022-who-and-mpp-announce-agreement-with-nih-for-covid-19-health-technologies>

## ORIGINAL

## ¿Dónde la literatura sobre acceso justo al medicamento?

**José Manuel Estrada y Serapio Severiano.**

Miembros de la Comisión de Redacción de la rAJM.



La pregunta parece sencilla pero no lo es tanto, pues aunque el concepto de “acceso justo al medicamento” es claro y conciso abarca múltiples aspectos concomitantes difíciles de abarcar en su extensión y ramificaciones. Todos entendemos que cuando se habla de este tema se plantea que toda la población tenga un acceso equitativo a los medicamentos y vacunas en cualquier parte del mundo; pero ello implica hablar de la industria farmacéutica, de pacientes, de atención sanitaria, de salud pública, de gestión, de políticas de salud, de economía de la salud, de costes, de investigación y desarrollo, de producción y distribución, de incentivos y recompensas, etc., etc. Algo que parece inabarcable pero que hoy es posible con las herramientas y los instrumentos de búsqueda de información online.

En primer lugar, habría que decir que un claro referente para encontrar información sobre este tema es la propia [Revista Acceso Justo al Medicamento](#) (rAJM), que promovida por la [Asociación](#) AAJM apareció en marzo de 2021 como un “espacio abierto de reflexión para abordar el núcleo fundamental sobre el que se sustenta el actual modelo de patentes y precios de los medicamentos”. Una “rara avis” en el panorama de la información sobre el tema, ya que, aunque hay muchas publicaciones interesadas y que promueven el acceso abierto, no parece que exista otra tan específicamente dedicada al acceso libre. A lo largo de sus ya once números los lectores han podido leer artículos sobre la exención de las patentes de los medicamentos, de las vacunas contra la COVID-19, el precio creciente de los medicamentos, las barreras

notables en el acceso a los medicamentos provocadas por los precios excesivos, ética y medicamentos, justicia y equidad en el acceso a los medicamentos, etc. Un nutrido conjunto de artículos de muy diferentes profesionales con el nexo común de reflexionar y hacer reflexionar sobre los problemas del acceso de la población a los medicamentos esenciales.

La [rAJM](#) se ha convertido, como publicación oficial de la Asociación homónima, y a través de su [página web](#), en una fuente relevante para conocer el problema en nuestro país y en el entorno internacional a través de sus secciones de noticias, eventos y, sobre todo, documentos, en la que se recogen diferentes textos de interés desde sus inicios.

En sus relaciones exteriores con organizaciones y entidades análogas se encuentra asociada con su homóloga europea, [European Alliance for Responsible R&D and Affordable Medicines](#), en la que confluyen organizaciones de consumidores, de pacientes y relacionadas con la salud pública, y que reclama la existencia de un sistema de I+D que proporcione medicamentos universalmente accesibles y asequibles. En esta amalgama de diferentes colectivos que conforman esta Alianza, destacan algunas especialmente dedicadas, como nuestra Asociación, a la reivindicación de un acceso libre a las medicinas, como son las irlandesas [Access to Medicines](#) y [Doctors for Vaccine Equity](#), las británicas [Dying for a Cure](#) y [Just Treatment](#), la ONG con sede en Suiza [Médicos sin Fronteras](#) a través de su campaña “Médecins sans Frontières” y la organización de estudiantes universitarios [UNEM – Universities Allied for Essential Medicines](#). Las

consultas específicas en estas webs, y en el resto de organizaciones que convergen en esta Alianza europea, permiten obtener una imagen diversificada y completa de las inquietudes de asociaciones, instituciones y ONGs internacionales acerca de los

problemas y consecuencias del acceso limitado y costoso a los medicamentos en el mundo. Sus informaciones, reflexiones y documentos contribuyen a forjar una sociedad civil motivada, informada y movilizada por un beneficio común.

*Fragmento de la página web de la European Alliance con las primeras organizaciones que la integran  
(por orden alfabético)*



Access to Medicines  
Ireland



AIDES



AIDS Action Europe



Aidsfonds



Aktionsbündnis  
gegen AIDS



Altroconsumo



Asociación por un  
Acceso Justo al  
Medicamento



Barcelona Institute  
for Global Health  
(ISGLOBAL)



BEUC - The European  
Consumer  
Organisation



Buko Pharma-  
Kampagn



CIVIO Foundation



CO 100 PERCENT LIFE

Dentro de nuestro país, AAJM mantiene una relación estrecha con la plataforma [No Es Sano](#), donde participan organizaciones como [Salud por Derecho](#), [SESPAS](#), [OCU](#), [CECU](#), [Médicos del Mundo](#) y [No Gracias](#). De igual forma se ha implicado en la [Iniciativa Legislativa Popular con la PLAFH](#), en la que participan otras asociaciones y organizaciones.

La [rAJM](#) promueve la lectura de otros documentos relevantes a través de sus secciones “Otras fuentes” e “Informes y documentos seleccionados”. Llama la atención, al consultar estas secciones, el interés y actualidad de los textos incluidos por el Comité de Redacción de la Revista, la pluralidad de las fuentes y, sobre todo, la escasa presencia de las llamadas “revistas científicas”. Esto hace pensar en la dificultad, para ciertas publicaciones biomédicas que copan las bases de datos bibliográficas al uso, de criticar el papel de la industria farmacéutica en el acceso a los

medicamentos y compaginar dicha información con la publicidad en sus webs y en las páginas de sus revistas impresas. Sin embargo, es necesario reconocer el papel que, durante la pandemia, han tenido revistas de prestigio en ese ámbito como [The Lancet](#), con editoriales y artículos planteando de forma nítida la necesidad de reforzar el acceso a las vacunas y de esta forma conseguir un acceso universal y equitativo

A lo largo de su año de existencia han asomado a las páginas de la [rAJM](#) publicaciones como [Contexto y Acción](#), [Rebelión](#), [Jacobin](#), [Público](#), [El Obrero](#), [SWISSinfo](#), [Sin Permiso](#) o [Health GAP](#), [Medicine Law&Policy](#), [Tribune](#), [Monthly Review](#), etc., junto con diarios nacionales como [Público](#) o [El País](#), publicaciones y medios que han ofrecido a la sociedad sus opiniones expertas y contribuido a la discusión y reflexión sobre este problema. Buena parte de estas fuentes responden a una selección subjetiva, pero

precisa, por parte del Comité de Redacción, que responden a unas inquietudes similares a las de la *rAJM*, y representan el pensamiento avanzado de una sociedad que reivindica un

acceso más justo y equitativo a los medicamentos, los tratamientos, las pruebas y las vacunas, en definitiva, a una sanidad universal pública, accesible y asequible.

*Iconos de las publicaciones comentadas con más frecuencia en las páginas de la rAJM*

**ctxt**  
CONTEXTO Y ACCIÓN

**EL OBRERO**  
PERIODISMO TRANSVERSAL

**sinpermiso**

**Público**

**JACOBIN**

**Medicines Law & Policy**  
Research and resources on intellectual property and health

**Rebelión**

**HUMAN  
RIGHTS  
WATCH**

**Project Syndicate**

**SWI swissinfo.ch**

En este contexto, también llama la atención que la base de datos de artículos científicos PubMed, donde pueden encontrarse referencias de más de 3 mil artículos sobre las vacunas COVID-19, apenas permita localizar un centenar de artículos dedicados al problema de las patentes y el acceso equitativo a las vacunas (recordemos que esta base de datos recoge ya información de más de 34 millones de referencias). Simplemente quizás porque las “revistas científicas” están más interesadas en analizar los resultados clínicos y previsiones de estas vacunas que en promover su acceso libre y universal, que contribuiría a una más rápida erradicación de la pandemia, pero con menos beneficios para la gran industria farmacéutica. Tampoco es fácil encontrar en PubMed (como en otras bases de datos como EMBASE, Web of Science o Scopus)

grandes volúmenes de información sobre el “acceso justo al medicamento”. En primer lugar, porque no existen descriptores (o términos de materia específicos para dicho concepto) pero también, como ya se ha comentado unas líneas más arriba, porque la temática está muy ramificada en múltiples aspectos relacionados pero diferentes. De tal forma, si se quiere realizar una búsqueda en estas bases de datos debe construirse una búsqueda en lenguaje libre con términos como “fair access”, “free access”, “fair price”, “equity” o “inequity”, combinándolos con otros términos como “drugs”, “medicines”, “medication”, “vaccines”, a los que hay que añadir antónimos como “barriers”, “obstacles” o “problems”. Para no enmarañarse en un confuso volumen de artículos de escasa utilidad, puede ser útil buscar estos términos tan sólo en los campos

título y resumen, o bien empleando términos compuestos que contemplen todas las facetas poliédricas de la búsqueda, aun a riesgo de perder alguna información, pero con la ventaja de no perderse en “ruidos” innecesarios: “access to medication”, “barriers to treatment access”, “vaccine equity”, “barriers to medication”, “access to generic drugs”, etc. Las referencias encontradas en esta [búsqueda en PubMed](#) se concentran principalmente en los últimos veinte años (véase una relación de referencias seleccionadas líneas más abajo) y tratan problemas como el acceso a los

medicamentos para pacientes VIH, las dificultades para el acceso en países con escasos recursos económicos, el caso de la hepatitis C, las barreras para el acceso a los opiáceos, la óptica de los pacientes, los medicamentos oncológicos o, más recientemente, inequidades en el acceso a las vacunas COVID-19 (emigrantes, equidad, patentes, costes...). Hay que destacar el aumento significativo de referencias encontradas desde el año 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19, principalmente relacionadas con el acceso a las vacunas.

*Página de la base de datos PubMed con los primeros resultados de la búsqueda sobre acceso justo al medicamento (12/5/2022)*

NIH National Library of Medicine  
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

(ethic\* [ti] OR fair [ti] OR free [ti] OR problem\*[ti] OR barrier\* [ti] OR obstacle) Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 466 results Page 1 of 3

RESULTS BY YEAR

TEXT AVAILABILITY

ARTICLE ATTRIBUTE

1 **Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment.**  
Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, Jit M.  
Lancet. 2021 Mar 13;397(10278):1023-1034. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00306-8. Epub 2021 Feb 12.  
PMID: 33587887 **Free PMC article.** Review.  
The COVID-19 pandemic is unlikely to end until there is global roll-out of **vaccines** that protect against severe disease and preferably drive herd immunity. Regulators in numerous countries have authorised or approved COVID-19 **vaccines** for human use, with more expect ...

2 **Covid-19 vaccine passports: access, equity, and ethics.**  
Osama T, Razai MS, Majeed A.  
BMJ. 2021 Apr 1;373:n861. doi: 10.1136/bmj.n861.  
PMID: 33795260 No abstract available.

3 **The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)**

*Selección de artículos relacionados con el acceso justo y equitativo a medicamentos (identificados en PubMed)*

**2022.-** Abba-Aji M, Stuckler D, Galea S, McKee M. [Ethnic/racial minorities' and migrants' access to COVID-19 vaccines: A systematic review of barriers and facilitators.](#) J Migr Health. 2022;5:100086

**2021.-** Herzog LM, Norheim OF, Emanuel EJ, McCoy MS. [Covax must go beyond proportional allocation of covid vaccines to ensure fair and equitable access.](#) BMJ. 2021 Jan 5;372:m4853

- 2020.-** Phelan AL, Eccleston-Turner M, Rourke M, Maleche A, Wang C. [Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access](#). Lancet. 2020 Sep 19;396(10254):800-802
- 2019.-** Reichert J, Gleicher L. [Probation clients' barriers to access and use of opioid use disorder medications](#). Health Justice. 2019 May 28;7(1):10
- 2018.-** Kelly MJ, Sung L, Dickens DS. [Barriers to Medication Access in Pediatric Oncology in the United States](#). J Pediatr Hematol Oncol. 2019 May;41(4):286-288
- 2017.-** Smith J, Aloudat T. [Dilemmas in access to medicines: a humanitarian perspective](#). Lancet. 2017 Mar 11;389(10073):1007-1008
- 2016.-** Foley V, Petit GI, Giraud MJ, Boisvert K, Rietmann MH, Brousselle A. [Hépatite C chez les usagers de drogues par voie veineuse : exploration des barrières et des facilitants pour l'accès aux soins et services](#). Sante Publique. 2016 May-Jun;28(3):363-74
- 2015.-** Larjow E, Papavasiliou E, Payne S, Scholten W, Radbruch L. [A Systematic Content Analysis of Policy Barriers Impeding Access to Opioid Medication in Central and Eastern Europe: Results of ATOME](#). J Pain Symptom Manage. 2016 Jan;51(1):99-107
- 2014.-** Chakrapani V, Velayudham J, Shunmugam M, Newman PA, Dubrow R. [Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India](#). AIDS Care. 2014;26(7):835-41
- 2013.-** Lancet Oncology. [Is India ready to lead the battle for fair access to medicines?](#) Lancet Oncol. 2013 May;14(6):437
- 2012.-** Pearce A, Van Gool K, Haywood P, Haas M. [Delays in access to affordable medicines: Putting policy into perspective](#). Aust Health Rev. 2012; 36(4):412-18
- 2011.-** Schroeder D, Singer P. [Access to life-saving medicines and intellectual property rights: an ethical assessment](#). Camb Q Healthc Ethics. 2011 Apr;20(2):279-89
- 2010.-** Mościcki EK, West JC, Rae DS, Rubio-Stipec M, Wilk JE, Regier DA. [Suicidality is associated with medication access problems in publicly insured psychiatric patients](#). J Clin Psychiatry. 2010 Dec;71(12):1657-63
- 2009.-** Wexler DL, Randall LH, Pisani A. [Ensuring access to vaccines without financial barriers: view of consumers](#). Pediatrics. 2009 Dec;124 Suppl 5:S567-8
- 2008.-** Boylan M. [Medical pharmaceuticals and distributive justice](#). Camb Q Healthc Ethics. 2008 Winter;17(1):30-44
- 2007.-** Nunn AS, Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S, Salomon JA. [Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to AIDS treatment](#). PLoS Med. 2007 Nov 13;4(11):e305
- 2006.-** Gilchrist A. Fair access to medicines in Scotland. A policy overview. Farm Hosp. 2006;182:43-45
- 2005.-** Sterckx S. Can drug patents be morally justified? Sci Eng Ethics. 2005 Jan;11(1):81-92
- 2004.-** Sterckx S. [Patents and access to drugs in developing countries: an ethical analysis](#). Dev World Bioeth. 2004 May;4(1):58-75
- 2003.-** Rubenstein LS. Human rights and fair access to medication. Emory Int Law Rev. 2003;17:525-34.
- 2002.-** Schüklenk U, Ashcroft RE. [Affordable access to essential medication in developing countries: conflicts between ethical and economic imperatives](#). J Med Philos. 2002 Apr;27(2):179-95
- 2001.-** Andrews S. Access to essential medications for HIV/AIDS in South Africa. S Afr Med J. 2001 May;91(5):384-7
- 2000.-** Holm S. Three reasons why a global market in pharmaceutical products is inherently unjust. J Soc Philos. 2000 Winter;31(4):391-400
- No obstante, esta información bibliográfica, aunque ha detectado los principales problemas que a los investigadores y profesionales sanitarios preocupa en cuanto al acceso a los medicamentos como problema de la sociedad contemporánea y de un mundo globalizado, se queda algo

corta entre los millones de referencias que recogen estas bases de datos bibliográficas. Por ello, y como manifiesta la *rAJM*, es necesario acudir a fuentes “alternativas” (*Contexto y Acción*, *Rebelión*, *Jacobin*, etc.), que no son recogidas en los recursos bibliográficos al uso para localizar la información más actual, incisiva, precisa, reflexiva y preocupada por plantear el problema del acceso justo a los medicamentos y ofrecer algunas soluciones, tales como la exención de patentes. Junto a estas revistas en primera línea de la discusión, también diferentes páginas webs, como [FairAccessMedicines](#), [Centre for Economic Policy Research – CEPR](#), [Insitute for Clinical and Economic Review](#), [Vemos Health Unlimited](#) y [Access to Medicines and Health Products](#) de la OMS, ofrecen a la sociedad sus propuestas e iniciativas para contribuir a la reflexión, el análisis, la discusión y la solución a un problema que a todos afecta y que desde los 11 números de la *rAJM* se ha venido denunciando.

Es necesario destacar aquí la excelente y exhaustiva recopilación que, con carácter mensual, lleva adelante la organización “non profit” *Salud y Fármacos*. Su página web recoge diferentes artículos en boletines específicos sobre Economía, acceso y precios,

Farmacovigilancia, Ética y Derecho, Propiedad Intelectual, Ensayos Clínicos, Políticas y Prescripción que resultan de extraordinaria utilidad. Es importante además la inclusión de textos sobre la situación específica en Latinoamérica, la cual puede seguirse también a través de recursos como los de la organización intergubernamental [The South Centre](#), una organización intergubernamental que aúna esfuerzos y experiencias de países en desarrollo.

En definitiva, la “literatura” sobre el acceso justo a los medicamentos se encuentra dispersa en múltiples fuentes de información y en recursos preferentemente alternativos, y se ha diversificado en múltiples ramificaciones temáticas, pero es socialmente necesaria y debería ser difundida no sólo por asociaciones y profesionales implicados y por revistas como la *rAJM*, sino también por otras fuentes más académicas, deudoras de la industria farmacéutica, que “se han olvidado” conscientemente del tema, para generar entre todos opinión pública, en beneficio de una sociedad que no debe perder la esperanza en un mejor y más equitativo acceso a los medicamentos en un deseado futuro más inmediato que lejano.

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

The logo for AAJM (Acceso Justo al Medicamento) is a grey rectangular box with a white border, containing the letters 'AAJM' in a bold, red, sans-serif font. The box is tilted slightly to the right.

ISSN 2697-1712

**Si quieres recibir la revista en tu correo electrónico, suscríbete en este enlace:**

<https://accesojustomedicamento.org/suscripcion/>

## ORIGINAL

# Licencias obligatorias: ¿remedio para hacer frente a los precios elevados y abusivos de los medicamentos?



**Javier Sánchez Caro.**

Profesor honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Director de la revista “Derecho y Salud”.

**INDICE.** 1.-Introducción. 2.-Licencias obligatorias: su regulación internacional, en la UE y en el derecho español. 2.1.-Ámbito internacional. 2.2.-Unión Europea. 2.3.-Derecho español. 3.-El abuso de posición dominante en la UE y en España. 4.-El interés general representado por la salud pública en España. 5.-Conclusiones

## 1.- Introducción

El acceso justo a los medicamentos es un derecho humano fundamental o esencial, tal y como hemos defendido en esta Revista (N° 1, marzo de 2021), desde el momento en que se muestra como el medio adecuado para mantener la salud (en el más amplio sentido) o, llegado el caso, la vida, la integridad física o psíquica o el correcto funcionamiento de las funciones vitales y esenciales de una persona, todo lo cual es indispensable para que la dignidad del ser humano se desarrolle armónicamente y sin que quede sometida a sufrimientos inútiles.

La afirmación anterior se corrobora fácilmente si se tiene en cuenta que la vida en sentido biológico y sus principales manifestaciones han sido siempre consideradas como los valores básicos y fundantes, esto es, la percha necesaria para que los demás puedan existir y manifestarse, con la consecuencia de que deben ser catalogados en el nivel más alto de su jerarquía, de manera que deben gozar de un canon preferente en las sociedades civilizadas posconvencionales, que son aquellas que son capaces de reflexionar más allá de su entorno para encontrar

argumentos de justicia internacional que permitan la normal convivencia entre todos los pueblos.

La correcta comprensión de lo expuesto no plantea problemas cuando se trata de su fundamentación teórica, pues evidente que sin tales medios se afectaría negativamente la dignidad por falta de los bienes esenciales (*primary goods* o *decent minimum*) pero puede entrar en conflicto cuando los precios de los medicamentos son tan elevados que caen fuera del poder de adquisición de una gran mayoría de ciudadanos o, en el caso de una organización pública, sin posibilidad de su adquisición por los servicios de salud, alterando, en consecuencia, el normal funcionamiento del mismo que está presidido por el principio de universalidad.

La invención de los medicamentos con acentuado carácter mercantil se instaura firmemente a partir de un momento de la historia (1994) como consecuencia de la consolidación de las patentes (la protección anterior o no existía, como el caso de España, o era inferior), lo que originó una nueva situación de monopolio que se ha visto agrandada con el paso del tiempo por el peso de las compañías farmacéuticas en la determinación de los altos precios “por valor”, más allá de la legítima recuperación de los costes invertidos y del adecuado beneficio (los artículos de la Revista han tratado numerosos aspectos relativos a esta nueva situación y sus posibles soluciones).

Por tanto, el conflicto se da ahora, a reserva de una posible y deseable modificación en el

ámbito internacional, entre el derecho de propiedad que genera la patente y el legítimo acceso a los medicamentos de las personas necesitadas de los mismos. Se trata de un problema difícil pero no imposible en la medida que requiere armonizar la libre competencia y el poder monopólico que otorga la patente con la función social de la propiedad, armonizando los intereses privados y los públicos, de manera que los derechos exclusivos tengan límites o excepciones con el objetivo de favorecer el bienestar de los usuarios.

Se plantean entonces una serie de preguntas:

¿Están justificados siempre los altos precios de los medicamentos o, por el contrario, se incurre en ocasiones en abuso de posición dominante, de manera que se pueda afirmar la existencia de una práctica anticompetitiva?; ¿Se puede hacer compatible la patente, en cuanto instrumento básico para el impulso del desarrollo económico y el fomento de la investigación, con el interés general representado por la salud, cuando los precios excesivos caen, inevitablemente, fuera del marco presupuestario? ¿cuáles son los instrumentos adecuados para llevarlo a cabo?

Para hacer frente a tales problemas se han formulado diferentes recursos: compras centralizadas; libertad de los países miembros para definir criterios de patentabilidad; aplicación de la llamada Cláusula Bolar; Importaciones paralelas; la capacidad de decidir si el agotamiento de una patente es nacional o internacional; definición más clara de las razones de revocación de una patente; la posibilidad de nacionalización o expropiación de las patentes; exención temporal de las patentes junto con la transferencia de tecnología (especialmente con ocasión de la Covid); en fin, como medida más importante, la formulación de un nuevo modelo de investigación que esté libre del monopolio que generan las patentes y que separe con claridad la financiación de la I+D de la fijación de los precios de los medicamentos,

tesis sostenida reiteradamente a través de la presente Revista.

El presente trabajo se ciñe exclusivamente a evaluar si la aplicación de las licencias obligatorias puede constituir un remedio para hacer frente a los precios elevados y abusivos de los medicamentos, para lo cual se analiza esquemáticamente esta figura en el campo internacional, en la Unión Europea (UE) y en el marco español.

## **2.-Licencias obligatorias: su regulación internacional, en la UE y en el derecho español.**

La licencia obligatoria o compulsiva es un límite o excepción al derecho de propiedad de la patente, que suspende temporalmente el derecho de exclusividad, de manera que permite la producción, uso, venta o importación por un tercero, sin necesidad de consentimiento alguno, mediante un canon o remuneración adecuados.

Admite dos formulaciones: por abuso de posición dominante o por razones de interés público, en nuestro caso derivadas de la salud pública.

### **2.1. Ámbito internacional**

El convenio de París (1883) ya reconocía la posibilidad de licencias obligatorias por abuso de los derechos exclusivos y consideraba como tal el establecimiento de precios excesivos, otorgando al Estado la facultad de definir otros abusos. Sin embargo, las reglas específicas y uniformes fueron establecidas en la revisión del convenio en Estocolmo (1967).

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADEPIC, 1 de enero de 1995) es hasta la fecha el acuerdo multilateral más completo sobre la materia. Admite las licencias obligatorias (a las que llama “otros usos sin autorización del titular de los derechos”) por prácticas

anticompetitivas, en caso de emergencia nacional o de otras circunstancias de extrema urgencia, y en los casos de uso público no comercial.

La declaración de Doha (2001) aborda la concesión de licencias obligatorias e importaciones paralelas de los medicamentos que tratan enfermedades graves e interpreta en sentido amplio el ADEPIC, concediendo a los Estados la determinación de los conceptos de “emergencia nacional” o “circunstancias de extrema urgencia”, así como la posibilidad de tomar las medidas legislativas necesarias para resguardar la salud pública. Dicha declaración ha sido asumida por la UE (Reglamento, 816/ 2006) y permite que se otorguen licencias obligatorias en países desarrollados para la fabricación de medicamentos patentados, siempre que se exporten a países menos desarrollados.

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI, 2014) enumera las causas por las que se pueden llevar a cabo dichas limitaciones o excepciones: Impedir abusos de los derechos; establecer el equilibrio de intereses; promover el interés público en sentido amplio (España, como veremos, incluye la salud pública, aunque no recoge específicamente lo que dispone la ley india, esto es, que la invención patentada esté disponible para la población a precios razonablemente asequibles o que los precios sean injustificadamente altos, ni tampoco lo que establece la ley danesa, que es la posibilidad de que la población acceda normalmente a los medicamentos); acabar con las prácticas anticompetitivas, entendiendo algunos Estados que se refiere a las fijación de precios excesivos (Argentina) o a precios anormalmente altos de medicamentos (Francia); el supuesto de emergencia nacional o circunstancias de extrema urgencia; en fin, el supuesto de licencias obligatorias justificadas en caso de productos farmacéuticos (Austria, Nueva Zelanda, India, Brasil y Zimbabue).

Diversos países del mundo han hecho uso del régimen de las licencias obligatorias:

Alemania, Argentina, Canadá, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Sudáfrica, Indonesia, Israel, Italia, Malasia, Mozambique, Tailandia, y Reino Unido, entre otros.

## 2.2.-Unión Europea

En la UE las dos normas más importantes sobre la materia son la Directiva sobre Biotecnología (98) y el Reglamento ya reseñado sobre concesión de licencias obligatorias para la fabricación de productos farmacéuticos destinados a la exportación a países con problemas de salud pública (2006). Sin embargo, es importante resaltar la Resolución del Parlamento Europeo sobre las opciones de la Unión para mejorar el acceso a los medicamentos (2017).

En síntesis, en ella se recoge lo siguiente:

La competencia es un factor importante para el equilibrio del mercado farmacéutico (abaratando costes y mejora el acceso a los medicamentos); el elevado nivel de los fondos públicos utilizados en I+D no se refleja en los precios, lo que obstaculiza un rendimiento justo de las inversiones públicas, por lo que es necesario una mayor transparencia; una política de precios para los medicamentos basada en el valor podría utilizarse indebidamente como estrategia económica para la maximización de beneficios y precios desproporcionados; el precio de los medicamentos debe garantizar el acceso de los pacientes, la sostenibilidad de la atención sanitaria y la compensación de la innovación; la patente no debe entrar en conflicto con el derecho humano fundamental a la protección de la salud; las licencias obligatorias establecidas en el ADPIC constituyen un instrumento eficaz para resolver problemas de salud pública; por último, es necesaria una nueva directiva relativa a la transparencia de los procedimientos de fijación de precios.

## 2.3.-Derecho español

Las licencias obligatorias se tratan en dos textos legales: la ley de patentes (2015) que

recoge la normativa internacional y europea y la ley de defensa de la competencia (2007).

En la ley de patentes los supuestos de concesión de licencias obligatorias son los siguientes: falta o insuficiencia de explotación; dependencia entre las patentes; necesidad de poner término a prácticas que una decisión administrativa o jurisdiccional firme haya declarado contrarias a la legislación nacional o comunitaria de defensa de la competencia; existencia de motivos de interés público y la fabricación de productos farmacéuticos destinados a la exportación, supuesto ya conocido del Reglamento comunitario (2006).

Los supuestos más interesantes son, en nuestro caso, las prácticas anticompetitivas y el interés público que resulta de la salud pública. En ambos casos es crucial la intervención del Gobierno.

En todo caso, se considera que existen razones de interés público cuando la iniciación, el incremento o la generalización de la explotación del invento, o la mejora de las condiciones en que tal explotación se realiza, sean de primordial importancia para la salud pública o para la defensa nacional. A este supuesto se añade la falta o insuficiencia de la explotación o las necesidades de abastecimiento nacional.

La ley de defensa de la competencia, por lo que aquí interesa, prohíbe la explotación abusiva de la posición de dominio en el mercado, que puede consistir en la imposición, de forma directa o indirecta, de precios u otras condiciones comerciales o de servicios no equitativos o en la limitación de la producción, la distribución o el desarrollo técnico en perjuicio injustificado de los consumidores.

De lo expuesto se deduce, a nuestro juicio, lo siguiente:

La libre competencia y el poder monopólico que otorga la patente deben converger con la función social de la propiedad para

armonizar los intereses privados y los públicos, de manera que los intereses exclusivos tengan límites o excepciones con el objetivo último de favorecer el bienestar de los consumidores (entre ellos la salud pública).

Las licencias obligatorias no son una característica exclusiva de los países en vías de desarrollo. La realidad ha demostrado que las patentes pueden suponer un obstáculo a la solución de problemas de salud pública y a la libre competencia en el mercado por el uso abusivo (por ejemplo, en forma de precios excesivos, de restricciones de producción o de cierres de mercado en forma de negativas a contratar)

Se ha demostrado que es conveniente introducir “ex ante”, en la legislación de patentes, mecanismos de corrección para promover los intereses generales, siquiera sea desde una perspectiva puramente preventiva.

La ley de patentes (2015) ha desaprovechado la ocasión para precisar cuándo se dan las circunstancias para que se aplique el supuesto de interés público en relación con la salud pública, estrechando los niveles de discrecionalidad y de obligatoriedad, como han hecho otros países, lo que hubiera servido para hacer frente a los altos precios en el momento actual (se recuerda las diversas formulaciones reseñadas en su momento por la OMPI, 2014), que alcanzan, a día de hoy, la cifra de 20.000 millones de euros.

### **3.-El abuso de posición dominante en la UE y en España**

Dicho abuso (“práctica anticompetitiva” o “imposición de precios”) está recogido como tal en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), que ha sido objeto de desarrollo por la Comisión en el Reglamento relativo a la aplicación de las normas sobre competencia (2003).

El abuso de posición dominante requiere la aplicación del llamado “doble test” que, sin

entrar ahora en su análisis pormenorizado, requiere, en primer lugar, que se corrobore la posición dominante de la empresa por medio de la identificación del mercado en términos de sus productos y de su zona geográfica, así como la identificación de otros factores como la cuota de mercado o la presencia de barreras de acceso al mismo. En segundo lugar, el abuso de esa posición, cuya identificación debe hacerse de acuerdo con los criterios y características de cada tipo de abuso.

El órgano judicial competente es el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) y la autoridad de la competencia es la Comisión Europea (CE), si bien, ahora, corresponde a las autoridades nacionales, en nuestro caso a la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), a los Juzgados de lo Mercantil y al Tribunal Supremo (TS).

Tiene declarado el TJUE que los precios excesivos pueden constituir abuso si la empresa que ocupa dicha posición dominante utilizó las posibilidades que se derivan de ella para obtener ventajas que no habría conseguido en caso de competencia practicable y suficientemente eficaz (United Brands vs. Comisión de las Comunidades Europeas, 1978).

Sin embargo, la Comisión interpretó esta sentencia en el sentido de que se limita a actuar en los casos en que los perjudicados por la imposición de precios excesivos son otras empresas que resulta excluidas de su participación en el mercado (prácticas de exclusión) y no en aquellas situaciones en que los perjudicados son los consumidores finales por estos precios (prácticas de explotación).

En nuestro derecho, la situación es diferente puesto que se prohíben tanto el abuso de exclusión como el de explotación (TS, 2003 y CNMC, 2008), reiterada posteriormente (caso Canarias Explosivos, TS, 2013) donde se afirma que el hecho de que los precios de monopolio no estén sujetos a los mismos condicionantes que los que están sujetos al

libre mercado, es la razón que justifica la intervención de las autoridades reguladoras o la sujeción a la cláusula general que impide el abuso de explotación, consistente en la imposición de “precios inequitativos”.

No existe antecedente alguno en relación con los medicamentos.

#### **4.-El interés general representado por la salud pública en España**

Hasta el momento el único caso que ha tenido trascendencia ha sido el relativo al medicamento “Sovaldi”, comercializado por la empresa “Gilead” y destinado a combatir la hepatitis C.

Las quejas por el elevado precio de comercialización en nuestro país y por su inclusión limitada en la Seguridad Social llevó a varios afectados a querellarse. El TS (auto de 2015) trata indirectamente el tema, indicando que la ley de patentes se limita a recoger una facultad del Gobierno, pero no impone un deber de proceder a la concesión de licencias obligatorias por motivo de interés público, con lo que todo depende de una decisión política discrecional. En todo caso, como se advirtió anteriormente, es conveniente modificar la ley de patentes, de manera que se tipifiquen adecuadamente los casos en que se aplicaría la licencia obligatoria como consecuencia de la apreciación del interés público relacionado con la salud pública, integrando de esta manera la ley de patentes con la ley de defensa de la competencia

No puede olvidarse, a este respecto, que la protección del derecho a la salud se lleva a cabo, también, a través de la prestación farmacéutica en presencia de determinadas necesidades clínicas de los usuarios. Es decir, el derecho subjetivo a la salud individual puede integrarse en ocasiones en el derecho a la vida y a la integridad física y moral de las personas, siendo esta la razón por la que los poderes públicos, según el Tribunal Constitucional, tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para su protección.

## 5.-Conclusiones

Se pueden formular las siguientes:

Las licencias obligatorias son instrumentos adecuados para eliminar barreras en el acceso a los medicamentos y así se ha demostrado en el caso de los países que las han adoptado.

Las licencias compulsivas mejoran el mercado cuando es necesario: fomentan la competencia, aumentan la disponibilidad de los medicamentos y, por ende, la calidad, beneficiando a los consumidores.

Existe un marco normativo suficiente en el ámbito internacional y en el de la UE, tal y como se ha expuesto.

En lo que se refiere a España, se constata, no obstante, su falta de utilización en lo referente a los medicamentos, a pesar de que hemos atravesado una pandemia y de constatarse el alza progresiva de los precios de los medicamentos, en ocasiones sin justificación adecuada, hasta el extremo de que empiezan a hacer insostenible el normal funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario promover la modificación de la ley de patentes para dibujar con claridad los supuestos en los que es posible la utilización de las licencias por causa del interés público sanitario, integrando así las dos leyes que las regulan: la ley de patentes y la ley de defensa de la competencia.

Es cierto que las licencias obligatorias son supuestos de excepción, pero nada impide que se utilicen cuando se dan los requisitos para ello.

Las autoridades españolas, tal y como se expuso, han realizado una interpretación más favorable a su utilización que la que han hecho las autoridades comunitarias.

Las licencias obligatorias pueden y deben contribuir a erradicar los abusos de las posiciones de dominio en el mercado farmacéutico, que es proclive a ellas como consecuencia del alto coste de los medicamentos, su difícil (cuando no nula) sustitución y demanda rígida, sin que en ocasiones se justifique por el coste de producción o la recuperación de las altas inversiones.



Las licencias obligatorias, en consecuencia, no han servido para hacer frente al alto costo de los medicamentos.

## BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

- “*La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la política farmacéutica*”, Fernando Lamata y Javier Sánchez-Caro, en la obra Homenaje de AIDA al profesor D. Jesús González Pérez. Directores Jorge Fernández Ruiz y Juan Francisco Pérez Gálvez. Tirant lo Blanch. Valencia, 2019.
- *Medicamento ¿derecho humano o negocio?*, Fernando Lamata, Ramón Gálvez, Javier Sánchez-Caro, Pedro Pita, Francesc Puigventós. Díaz de Santos. Madrid, 2016.
- “*Obligación de explotar. Licencias obligatorias*”, Fernando Carbajo Cascón, en el vol. Col. Dirigido por Alberto Bercovitz Rodríguez-Cano, La nueva ley de patentes. Ley 24/2015, de 24 de julio. Aranzadi, Pamplona, 2015.
- *Licencias obligatorias para medicamentos de alto coste por abuso de posición dominante*, Juliana Fernández Rueda. Disponible en internet.
- *El derecho de acceso a los medicamentos y el derecho de patente en países en desarrollo*, Marta Ortega Gómez. Disponible en internet.

---

**OTRAS FUENTES**

---

## La investigación COVID del Parlamento Europeo: las preguntas que los eurodiputados deben hacer

**Oliver Hoedeman.**

*Euobserver. 12-05-2022. <https://euobserver.com/opinion/154888>*

Este artículo analiza de forma crítica el papel de la Comisión Europea y del Consejo en la aplicación de las resoluciones del Parlamento Europeo sobre aplicación de los ADPIC.

Hace mucho tiempo que el Parlamento Europeo comienza hoy (jueves 12 de mayo) su [audiencia del Comité Especial Covid](#), que tiene la importante tarea de evaluar la respuesta de la UE a la pandemia de COVID-19 y mapear las lecciones aprendidas.

La mayoría de las decisiones europeas se tomaron a la [antigua usanza](#) desde [cámaras de resonancia](#), con muchos [errores posteriores](#), en particular con respecto a la dimensión global de la estrategia de vacunas y terapias de la UE.

Esta semana, el jefe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha hecho un llamado apasionado para que todos tengan acceso a las terapias y medicamentos de COVID.

Ghebreyesus pidió a las compañías farmacéuticas que bajen los precios de los medicamentos para el covid-19. Con razón lo llamó un ["fracaso moral"](#), porque estas compañías están obteniendo ganancias récord y cobrando precios por medicamentos que no están al alcance de muchos países más pobres.

“Es inaceptable que en la peor pandemia del siglo pasado, los nuevos tratamientos que podrían salvar vidas no lleguen a todos los que los necesitan”, dijo.

Por lo general, las compañías farmacéuticas ofrecen medicamentos en tres rangos de

precios para limitar los precios para los países de bajos ingresos. Pero, al igual que con las primeras vacunas contra el COVID, los países ricos compraron la mayor parte de la producción inicial de los nuevos medicamentos, dejando poco para los países más pobres.

Describimos este riesgo hace unos meses en nuestro informe: [Pildora amarga: cómo la defensa de las ganancias farmacéuticas de la UE podría mantener los tratamientos de Covid fuera del alcance de millones.](#)

Ghebreyesus tiene razón al señalar la [responsabilidad moral de Big Pharma](#), pero en este caso la responsabilidad moral de la Comisión Europea y los estados miembros de la UE es al menos igual de importante.

Y a diferencia del Parlamento Europeo, que [votó dos veces](#) a favor de una resolución para al menos tomar más en serio las negociaciones sobre la exención de los ADPIC, la Comisión Europea y el Consejo no han mostrado [ninguna inclinación a hacerlo](#). Las negociaciones sobre una exención de patentes sobre productos médicos COVID-19 en la Organización Mundial del Comercio (OMC) [aún no están resueltas](#). La exención, bloqueada hasta ahora por la UE, sigue siendo necesaria para aumentar la producción mundial de vacunas y ayudar al mundo entero a vencer la pandemia. También es crucial para garantizar que los nuevos medicamentos contra el COVID sean accesibles y asequibles para todos. Sin una exención de la

La estrategia de la UE resultó en una desastrosa escasez global de vacunas fuera de Europa durante 2021, lo que prolongó la pandemia y causó demasiadas muertes prevenibles (Foto: Jernej Furmarn en Euobserver)



propiedad intelectual (incluidas las patentes) y sin una transferencia de tecnología, los precios de las personas más pobres del mundo quedarán excluidos (como Ghebreyesus reiteró correctamente esta semana). Las políticas de la UE para comercializar estos medicamentos (la

Estrategia Terapéutica) no prestan atención a garantizar el acceso global y la asequibilidad.

El comité COVID del Parlamento Europeo claramente tiene muchos problemas en su plato, pero hay una pregunta crucial que

debe responderse: ¿qué pasó con el compromiso de la UE 'con las vacunas como un bien público global'?

El presidente de la Comisión de la UE, Von der Leyen, hizo [varios anuncios de alto perfil en la primavera de 2020](#) prometiendo que las vacunas se convertirían en un [bien público mundial](#). Esta fue una parte explícita del acuerdo sobre la adquisición conjunta de vacunas entre los estados miembros de la UE y la Comisión a mediados de junio de 2020. Pero silenciosamente, se cayó de la mesa de negociación durante julio de 2020.

El acuerdo decía: "La Comisión promoverá una vacuna COVID-19 como un bien público mundial. Esta promoción incluirá el acceso de los países de ingresos bajos y medianos a estas vacunas en cantidad suficiente y a precios bajos".

La Comisión buscará promover cuestiones relacionadas con la industria farmacéutica en relación con el intercambio de propiedad intelectual, especialmente cuando dicha propiedad intelectual se haya desarrollado con apoyo público, con el fin de lograr estos objetivos".

Ahora sabemos que esta intención se abandonó cuando la UE comenzó a negociar acuerdos de compra de vacunas con compañías farmacéuticas como [AstraZeneca y Pfizer](#).

En lugar de tratar las vacunas contra el COVID-19 como un bien público mundial y promover el intercambio de propiedad intelectual para lograrlo, la [Comisión y el Consejo](#) han estado [bloqueando la propuesta de exención de los ADPIC presentada](#) en la OMC en octubre de 2020, más de 100 países consideran una condición necesaria para aumentar la producción de vacunas para los más pobres del mundo.

Desde el comienzo de la pandemia, Corporate Europe Observatory (CEO) ha estado investigando aspectos clave de la

respuesta pandémica de la UE, incluida la estrategia de vacunas de la UE, la estrategia terapéutica y la posición sobre las conversaciones sobre la exención de los ADPIC. Hemos documentado la influencia profundamente problemática de la industria farmacéutica y sus grupos de presión en estos procesos de toma de decisiones.

### **Las preguntas del asesino**

Los eurodiputados de la comisión COVID deberían obtener respuestas a las siguientes preguntas:

¿Persiguieron los negociadores en algún momento el objetivo declarado de las vacunas como un bien público mundial y exigieron un compromiso de compartir la propiedad intelectual en las negociaciones con las empresas farmacéuticas?

De no ser así, ¿quién decidió abandonar este enfoque y cuándo?

Si los negociadores persiguieron los objetivos declarados, ¿qué salió mal?

¿Cuál fue el papel de las compañías farmacéuticas en esto?

Una [falta básica de transparencia](#) en torno a las negociaciones de adquisición de vacunas de la UE ha impedido un escrutinio público y parlamentario efectivo. También ha hecho imposible responder algunas de las preguntas clave planteadas anteriormente.

Creemos que es de crucial importancia identificar qué hizo que la UE abandonara el enfoque de bien público mundial y adoptara un enfoque estrecho centrado en la UE, sin compartir la propiedad intelectual donde la dimensión internacional se reducía a la caridad (es decir, [donaciones a COVAX](#)).

La estrategia de la UE resultó en una desastrosa escasez global de vacunas fuera de Europa durante 2021, lo que prolongó la pandemia y causó demasiadas muertes prevenibles.

---

**OTRAS FUENTES**

---

## La desigualdad de las vacunas profundiza la discriminación racial estructural

**Ohene Ampofo-Anti & Camila Barretto Maia & Joshua Castellino & Pillkyu Hwang & Meena Jagannath & Tian Johnson**

*Open Global Rights, 11-04-2022. <https://www.openglobalrights.org/vaccine-inequity-deepens-structural-racial-discrimination/?lang=Spanish>*

Interesante reflexión que con una perspectiva diferente aborda la desigualdad en el acceso a las vacunas exponiendo sus raíces en estructuras social y racialmente discriminatorias. Su lectura es muy recomendable

Hace más de cinco décadas, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el primer instrumento mundial codificado de derechos humanos sobre la injusticia racial, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD, por sus siglas en inglés). Cuando hace unos meses celebramos el 56° aniversario de la ICERD, resulta descorazonador que, dos años después del inicio de la pandemia de la covid-19, las [desigualdades en el acceso a las vacunas y a la atención sanitaria](#) se sigan profundizando en líneas raciales e interseccionales.

En la década de 1960, los Estados de Latinoamérica y el Caribe, Asia y África estaban muy interesados en que se adoptara esta norma. Habían vivido la esclavitud y la colonización que destruyeron sus economías circulares, habían sido testigos de profundas injusticias como las de Palestina y el apartheid de Sudáfrica, y habían tolerado el maltrato de sus comunidades de parientes que vivían como ciudadanos menos que plenos en el mundo desarrollado.

El objetivo de la Convención era claro: a diferencia de otros instrumentos de derechos humanos, reconocía expresamente cómo la discriminación estructural configurada a

partir de diferentes marcadores de identidad, incluida la raza, negaba el acceso a los derechos a las poblaciones subyugadas. Los Estados que la ratificaron acordaron “eliminar” las estructuras y los procesos de discriminación racial, tanto explícitos como indirectos, y abogar por la adopción de medidas administrativas, legislativas y judiciales respaldadas por una sólida infraestructura institucional.

El grado de éxito de este mandato es objeto de debate. Una cuestión clave hoy en día es si esta norma es capaz —y si quienes son sus guardianes están dispuestos a ello— de eliminar la discriminación estructural en la respuesta mundial a la pandemia de la covid-19.

En el contexto de una pandemia, algunos de los principales retos para garantizar un acceso equitativo a nivel mundial a las herramientas médicas básicas son las barreras relacionadas con la propiedad intelectual [que protegen los monopolios de las grandes empresas farmacéuticas con la producción concentrada en el Norte Global](#). Más de cien Estados han apoyado una [petición](#) a la Organización Mundial del Comercio para que no se apliquen temporalmente las barreras de propiedad intelectual, en virtud del [Acuerdo sobre los](#)

[ADPIC](#), a las tecnologías que podrían contribuir a la prevención, contención y tratamiento de la pandemia.

Sin embargo, poderosos Estados ricos de la Unión Europea, sobre todo Alemania, Suiza y el Reino Unido, se han opuesto a la petición, han paralizado las negociaciones durante más de un año y han antepuesto los intereses de las grandes farmacéuticas al derecho a la vida.

Mientras que estos y otros países de la OCDE [se apresuran a declarar el fin de la pandemia](#), para los países de menor renta el fin está lejos de vislumbrarse. A mediados de marzo se [conoció la noticia de las negociaciones a puerta cerrada](#) sobre la renuncia a la propiedad intelectual entre la UE, Estados Unidos, Sudáfrica e India, pero el [borrador](#) resultante ha sido ampliamente criticado por ser [débil](#) e [inadecuado](#).

Si se trata de meros pasos simbólicos para que parezca que las instituciones se han hecho cargo de los intereses de los ciudadanos, no servirán de mucho para abordar las cuestiones que estamos planteando. Para hacer frente a la discriminación estructural, es fundamental que la UE, los EE.UU. y otros Estados poderosos se comprometan seriamente en las negociaciones para hacer frente a la sustancia de la solicitud de exención de los ADPIC de mayo de 2021 para cubrir todas las barreras de propiedad intelectual de las vacunas para la covid-19 así como de las pruebas y el tratamiento.

El fracaso a la hora de garantizar un acceso equitativo a las tecnologías sanitarias para la covid-19 a nivel mundial no puede enmarcarse simplemente en la división entre países ricos y países pobres. Aunque la pandemia ha afectado profundamente a la sociedad mundial, la evidencia de su [impacto desproporcionado](#) en las personas de color, especialmente en las mujeres de color, es inquietante. Esto es el resultado directo de los fallos estructurales en la eliminación de

las desigualdades basadas en la identidad, producto de un sistema económico global y un orden político estructurado por la lógica extractiva y de explotación racial del colonialismo. Numerosos documentos de la ONU, como la [Declaración y el Programa de Acción de Durban](#), han subrayado este análisis.

Si ha habido alguna duda de que la vacuna contra la covid-19 y la desigualdad en la atención sanitaria tienen sus raíces en estructuras y actitudes racialmente discriminatorias, debería disiparse por las oleadas de discriminación contra la población negra y otras comunidades de color. Esto incluye la [retórica y la violencia antiasiática](#) que surgió al principio de la pandemia (y continúa), y [la proliferación de material racialmente ofensivo](#) a raíz del descubrimiento de la variante ómicron en Sudáfrica, que dio lugar a restricciones de viaje mal concebidas contra múltiples estados del sur de África.

El impacto de la pandemia no ha sido soportado por los miembros de todos los grupos raciales por igual. Las pruebas disponibles sugieren una división racial tanto dentro de los Estados como entre ellos. En los casos en que se dispone de datos dentro de los Estados, está claro que la desigualdad en el acceso y la distribución de las vacunas y otras tecnologías sanitarias ha tenido un impacto racialmente dispar en [las minorías raciales y étnicas](#), la población negra, los pueblos [indígenas](#), las mujeres, [las poblaciones LGBTQ](#) y las [personas con discapacidad](#).

Esta falta de equidad ha socavado la igualdad racial entre los Estados porque afianza la división racial entre el Norte y el Sur Global, lo que reproduce así las jerarquías raciales de la época colonial y los patrones de subordinación racial. Por ejemplo, se estima que en enero de 2022, alrededor del [70 % de la población de los países ricos ha sido vacunada](#), en comparación con el mero 15,32 % de

la [población de África](#) tres meses después. La falta de cooperación internacional en el acceso equitativo a la atención sanitaria de la covid-19 ha prolongado la fuerza de la pandemia y ha contribuido a que se produzcan [muertes generalizadas y evitables](#) en los países de África, Asia y Latinoamérica y el Caribe.

El cisma estructural no sólo se manifiesta en términos de pérdida inmediata de vidas y sufrimiento masivo. La [Unidad de Inteligencia de The Economist prevé](#) que la desigualdad en materia de vacunas podría generar pérdidas por valor de 2,3 billones de dólares entre 2022 y 2025 en los países que no vacunen al menos al 60 % de su población, que probablemente se encuentren en África y Asia. La [Organización Internacional del Trabajo](#) estimó que esto retrasaría el objetivo de erradicar la pobreza en cinco años.

Esto podría tener consecuencias estructurales duraderas que sigan reproduciendo las jerarquías raciales de la época colonial a pesar de su abolición formal. Sin embargo, el derecho internacional de los derechos humanos es claro: los Estados tienen la obligación de cooperar cuando sea necesario, incluso cuando actúen como miembros de organizaciones multilaterales como la OMC, para ayudar a otros Estados a garantizar el cumplimiento de los derechos económicos y sociales de sus pueblos.

Estos deberes, aplicados a la pandemia, han sido delineados, entre otros, por el [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas](#). Exigir a los poderosos Estados del Norte Global que hagan su parte para garantizar que los derechos a la vida, a la ciencia y a la salud sean disfrutados por todos sin discriminación de ningún tipo es lo mínimo que se les puede pedir como un pequeño paso para abordar el legado perdurable del colonialismo.

Como consorcio de organizaciones de todo el Norte y el Sur que trabajan en

colaboración por los derechos humanos, nos hemos dirigido al Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial con un [llamado urgente \(actualizado el 28 de marzo\)](#) que [han respaldado](#) casi cien organizaciones y personas. Respaldamos el llamado de los países en desarrollo a favor de una exención de los ADPIC, tal y como solicitaron India y Sudáfrica en mayo de 2021, y estamos examinando una multitud de vías legales para obligar al libre flujo de tecnologías médicas que se necesitan desesperadamente.

Creemos colectivamente que los visionarios que pidieron la eliminación de todas las formas de discriminación racial en 1965 estarían orgullosos de ver cómo la ICERD aborda efectivamente las consecuencias raciales estructurales de una de las mayores crisis sanitarias a las que se ha enfrentado la humanidad.

*Con aportes de:*

**Meena Jagannath**, quien es directora de Programas Globales y coordinadora de la Red Global de Abogados del Movimiento en Movement Law Lab.

**Tian Johnson**, quien es el líder de la Alianza Africana, copresidente de la Alianza de Suministro de Vacunas de la Unión Africana y los CDC de África y convocante del Grupo de Recursos para la Promoción de Vacunas.

**Mandivavarira Mudarikwa**, quien es abogada del Centro Jurídico de la Mujer.

**Fernando Ribeiro Delgado**, quien es el coordinador del programa del Grupo de Trabajo de Litigios Estratégicos de la Red-DESC.

**Labila Sumayah Musoke**, quien es oficial de programas sobre el derecho a la salud en la Iniciativa por los Derechos Sociales y Económicos de Uganda.

**La Dra. Barbara Ransby**, quien es asesora del Movimiento por las Vidas Negras, catedrática John D. MacArthur y profesora distinguida de los Departamentos de Estudios Negros, Estudios de Género y de la Mujer, e Historia de la Universidad de Illinois en Chicago.

**Sasha Stevenson**, quien es la responsable de Salud y abogada de SECTION27.

**Anele Yawa**, quien es la secretaria general de la Campaña de Acción por el Tratamiento, una de las organizaciones de la sociedad civil más importantes a nivel mundial en materia de VIH, con sede en Sudáfrica.

*Autores:*

**Ohene Ampofo-Anti** es asociada de programas en el Centro de Derechos Económicos y Sociales.

**Camila Barretto Maia** coordina el Área Internacional del Centro de Estudios Legales y Sociales.

**Joshua Castellino** es el director ejecutivo de Minority Rights Group y antiguo decano (fundador) de la Facultad de Derecho de la Universidad de Middlesex.

**Pillkyu Hwang** es el director ejecutivo de la Fundación Jurídica de Derechos Humanos GongGam.

**Meena Jagannath** es directora de Programas Globales y coordinadora de la Red Global de Abogados del Movimiento en Movement Law Lab.

**Tian Johnson** es el líder de la Alianza Africana, copresidente de la Alianza de Suministro de Vacunas de la Unión Africana y los CDC de África y convocante del Grupo de Recursos para la Promoción de Vacunas.



---

**OTRAS FUENTES**

---

## Los inversores pierden la votación para compartir los conocimientos técnicos de la vacuna COVID

**Jonathan Josephs \***

*BBC News, 29-04-2022. <https://www.bbc.com/news/business-61262065>*

Hemos seleccionado este artículo sencillo por la curiosidad que supone que algunos grupos de accionistas de las grandes compañías farmacéuticas productoras de vacunas propongan, al menos en un 24%, la posibilidad de transferir la propiedad intelectual para asegurar una distribución mundial equitativa. Pero es un camino cerrado por los CEOs de Pfizer, Johnson & Johnson y Moderna que de forma contundente rechazan cualquier modificación de la propiedad intelectual.

Un grupo de inversores presentó propuestas a las juntas anuales de accionistas de Pfizer, Johnson & Johnson y Moderna, pero fueron rechazadas.

Argumentaron que compartir esta propiedad intelectual aceleraría el lanzamiento de vacunas al impulsar la fabricación.

Pero los fabricantes de medicamentos afirman que están produciendo dosis más rápido de lo que pueden usarse.

Ya se han distribuido más de 11.400 millones de dosis de vacunas en todo el mundo, aunque un tercio de la población mundial no ha recibido una sola dosis, según el director de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Tedros Ghebreyesus.

Al dar el paso sin precedentes de dirigirse a la reunión general anual (AGM) de Moderna, dijo que su ayuda para impulsar la producción de vacunas "salvaría vidas, disminuiría el riesgo de variantes y reduciría el costo económico de la pandemia".

Pero su argumento de que "la inequidad global provocaría muchas más muertes" no fue suficiente para convencer a los accionistas. Solo el 24 % apoyó la idea de que la empresa realizara un estudio de

viabilidad para transferir la propiedad intelectual y los conocimientos técnicos a los fabricantes de países de ingresos bajos y medianos.

Entre los accionistas de Pfizer, solo el 27,3% estaba a favor de una moción similar. Johnson & Johnson aún no ha publicado números, pero la propuesta también fracasó allí.

Achmea Investment Management, con sede en los Países Bajos, lidera un grupo de 65 empresas que controlan colectivamente 3,5 billones de dólares en activos y apoyan la idea.

"Creo que una cantidad significativa de inversores nos ha mostrado su apoyo a estos pasos", dijo a la BBC Frank Wagemans, especialista senior en participación de Achmea. Pero agregó: "Necesitamos más en los próximos meses y años porque sabemos que la pandemia de covid aún no ha terminado".

Afirmó que era una "pequeña victoria" que Moderna al menos hubiera introducido un vínculo entre las bonificaciones ejecutivas y qué tan bien la empresa satisface la demanda de vacunas contra el COVID de los países menos favorecidos.

**Jonathan Josephs**

“La recuperación económica mundial sigue estando limitada por el acceso desigual a las herramientas para prevenir y tratar el covid-19”, comentó a BBC el economista del Fondo Monetario Internacional, Ruchir Agarwal.

Este organismo de desarrollo económico dice que una implementación mejorada puede ayudar a impulsar la economía global en \$ 9 billones para 2025.

El año pasado, Moderna entregó 807 millones de dosis de vacunas Covid, lo que generó una ganancia de \$ 12,2 mil millones. Dice que más de una cuarta parte de estas dosis fueron a países de bajos o medianos ingresos.

En contra de la propuesta de los accionistas, su junta directiva 'presentó el caso afirmando que podría haber entregado más si no hubiera sido por las dificultades de "última milla" y destacó a África como ejemplo.

Estos problemas incluyen la capacidad de refrigeración, la disponibilidad de trabajadores de la salud y la renuencia a vacunarse. La empresa con sede en EE. UU. también dice que está trabajando con sus socios para aumentar la producción y está construyendo una planta de fabricación en Kenia para aumentar la disponibilidad futura de vacunas.

Albert Bourla, director ejecutivo de Pfizer, que desarrolló su vacuna con BioNTech, dijo a sus accionistas que ya se han distribuido 3.400 millones de dosis de vacunas en 179 países.

Al oponerse a compartir su propiedad intelectual, el director de la compañía argumentó que "la fabricación de vacunas es una producción biológica extraordinariamente compleja", que involucra 280 ingredientes de 86 proveedores en 19 países. Agregó que existía un riesgo para los pacientes si otros fabricantes no podían cumplir con todos los requisitos para fabricar sus vacunas correctamente.

Está expandiendo la producción a cuatro mil millones de dosis este año, con una cuarta parte destinada a países menos acomodados.

Aquellos con los ingresos más bajos obtendrán las vacunas a precio de costo, dijo Bourla a los accionistas.

Las propuestas para compartir la propiedad intelectual fueron presentadas por Oxfam USA, que posee acciones en cada una de las empresas farmacéuticas, lo que le permite impulsar cambios.

Los argumentos de los tres en contra de las mociones "no se sostienen", según Robbie Silverman, de Oxfam USA.

"Lo que ha logrado el statu quo basado en la donación es una tasa de vacunación del 74 % en los países ricos y una tasa de vacunación del 12 % en los países pobres", dijo.

Los fabricantes de medicamentos han exagerado la dificultad de las vacunas, le dijo a BBC, y agregó que un sistema controlado por algunas compañías gigantes ha causado problemas de distribución.

"Hace que sea muy difícil planificar sobre el terreno cuando no sabes cuántas dosis vendrán", dijo.

"Los países de bajos ingresos dicen que nos den las herramientas que necesitamos para fabricar nuestras propias dosis para nuestros propios ciudadanos, y que la fabricación local resolverá muchos problemas".

El Sr. Wagemans de Achmea es optimista con que aún se producirán cambios, y comenta que se necesita tiempo para cambiar las políticas corporativas y que los votos de los accionistas enviaron un "mensaje fuerte a la gerencia".

Johnson & Johnson ha recibido el apoyo de cientos de millones de dólares de los contribuyentes estadounidenses para desarrollar su vacuna. Dice que el año pasado trabajó con la Unión Africana y la alianza Covax para proporcionar 900 millones de dosis a un precio sin fines de lucro y que está trabajando en un acuerdo de licencia con una empresa africana que garantizaría el cumplimiento de los estándares de seguridad.

(\* **Jonathan Josephs** es reportero de negocios de la BBC.

## OTRAS FUENTES

## Vacunar al mundo contra el COVID-19 es una obviedad

**Joseph E. Stiglitz**

*PLOS Glob Public Health* 2(5): e0000427. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000427>

En este artículo Stiglitz describe de forma excelente y clara todos los puntos críticos que han afectado a la respuesta mundial a la pandemia de SARS-COVID-19 y las alternativas para impedir las inequidades con la exención de los DPI y la transferencia de tecnología.

Primero, dos notas optimistas. Hay muchos logros. El primero hace eco de lo que se dijo en el informe de la OMS sobre los logros en investigación e innovación de COVID-19 [1]: la respuesta de las comunidades científica y de investigación de todo el mundo ha sido sobresaliente. La velocidad de movilización, la comunidad de I+D y el trabajo colaborativo y de alta calidad de miles de investigadores e instituciones de investigación no tuvo precedentes.

Pero debemos recordar que se basó en bases sólidas de investigación básica realizada durante años, financiada en gran parte por los gobiernos [2]. Estos logros no se basaron únicamente en la investigación del sector privado. Los gobiernos permitieron que el sector privado utilizara las ideas establecidas por esa investigación básica y llevara a cabo las vacunas. Solo podemos imaginar lo mal que podrían haber sido las cosas si no hubiéramos hecho esta investigación básica. Hay un segundo logro que creo que debemos celebrar: llevar la vacuna al mercado con miles de millones de dosis producidas en un tiempo récord. Nuevamente, en este logro, el gobierno y la acción colectiva en todo el mundo jugaron un papel vital.

Pero al conseguir estos logros hubo algunas decepciones graves. Vimos la fealdad del nacionalismo de las vacunas y un acaparamiento más amplio de los tipos de

productos que nos protegerían contra el COVID-19, como el equipo de protección personal y el acaparamiento de pruebas [3]. Hubo una especie de nacionalismo más amplio de acaparamiento de productos COVID-19. El resultado fue que se produjeron enormes desigualdades, lo que se denominó apartheid de vacunas, un acaparamiento de vacunas.

Mientras que en los Estados Unidos los Centros para el Control de Enfermedades están discutiendo la disponibilidad de una cuarta vacuna para todos [4], ya se han puesto a disposición tres vacunas, gran parte del mundo, especialmente los países de ingresos bajos y medianos (LMIC), no lo ha hecho. No ha sido vacunado.

Estas inequidades en el acceso a las vacunas han sido, a mi juicio, muy insensatas [5]. Para hacernos eco de otro estribillo de la OMS, nadie está a salvo hasta que todos estemos a salvo. La salud de cada uno de nosotros está en riesgo. Mientras la pandemia continúe en cualquier lugar del mundo, existe el riesgo de mutaciones, y mutaciones que podrían ser más contagiosas, más peligrosas e incluso más resistentes a las vacunas.

No solo está en riesgo nuestra salud, sino también nuestra economía [6]. Las pérdidas económicas de la pandemia han sido, literalmente, de billones de dólares. Y el Fondo Monetario Internacional (FMI) estima que si la pandemia continúa,

perderemos más billones de dólares [7]. Este es un ejemplo de lo que yo llamaría una "obviedad". La relación coste-beneficio de garantizar que todos en el mundo tengan acceso a la vacuna es enorme. La OCDE estima que nos costaría 50 mil millones de dólares garantizar que todos estén vacunados [8]. El beneficio sería de billones de dólares. Y, sin embargo, los países más ricos del mundo parecen paralizados. No pueden proporcionar las pequeñas cantidades de dinero que se requieren para vacunar al mundo.

Algunos países como Alemania continúan oponiéndose a la exención de propiedad intelectual (IPR) que se presentó hace más de un año y medio en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Esta renuncia a los DPI no precisa un cambio en el marco legal básico que ya tenemos plasmado en el derecho internacional, el principio de las licencias obligatorias, y especialmente en el contexto de una pandemia [5]. Es realmente difícil entender su oposición a la exención de vacunas.

La exención de DPI puede no ser una panacea, pero ayudaría [5, 9]. Hay evidencia de que los LMIC tienen la capacidad de producir las vacunas. Hay una enorme cantidad de incoherencia en los argumentos presentados por los opositores a la exención de los DPI. Muchos dicen, por ejemplo, que los LMIC y los mercados emergentes no tienen la capacidad de hacer uso de las nuevas tecnologías.

Por supuesto, ese es un argumento a favor de la transferencia de tecnología. Los gobiernos que han proporcionado tanto dinero para la investigación básica e incluso para llevar las vacunas al mercado deberían presionar a las compañías farmacéuticas para que participen en esta transferencia de tecnología. Pero si fuera cierto que los países, los mercados emergentes, los países de ingresos bajos y medianos u otros no pueden hacer uso de la propiedad intelectual, no

habría ningún daño por la exención de vacunas.

Creo que está bastante claro lo que realmente está en juego. El problema real es que las compañías farmacéuticas quieren mantener sus ganancias monopólicas el mayor tiempo posible. Si hay una gran cantidad de productores de la vacuna, el precio bajará y no disfrutarán de los miles de millones de dólares en ganancias que han estado disfrutando hasta ahora. Pero las ganancias de las farmacéuticas se están haciendo a costa de la vida de miles y miles de personas, a costa de enormes desigualdades. También está socavando la posición de los países occidentales que parecen anteponer las ganancias a las vidas [10].

Esto me lleva a las preguntas clave en el futuro. COVID-19 ha expuesto y exacerbado las desigualdades tanto dentro como entre países. Ha tenido efectos dispares en la salud y la economía de diferentes países. He escrito extensamente sobre cómo los LMIC no tienen los recursos para resucitar sus economías [6]. Estados Unidos, por ejemplo, ha gastado alrededor del 25% de su producto interno bruto (PIB) para mantener la solidez de la economía y ha funcionado [6]. Es una de las razones por las que la disminución del PIB en los Estados Unidos en respuesta a la pandemia de COVID-19 ha sido menor que en otros países, y por las que ya no solo hemos regresado a donde estábamos antes de la pandemia, sino que en realidad tenemos una economía más fuerte de lo que se anticipó en los meses previos al COVID-19.

Pero los LMIC no tienen estos recursos. Y es por eso que algunos de ellos han tenido una caída en su PIB con efectos devastadores, una caída significativamente mayor que la de los Estados Unidos y otros países avanzados [6]. Bueno, por eso es aún más importante asegurarse de que los países de ingresos bajos y medianos y los mercados emergentes estén

protegidos contra el COVID y la próxima pandemia que se avecine.

Dado el egoísmo de las naciones ricas que hemos expuesto, la única forma en que podemos estar seguros de que los países de bajos y medianos ingresos estarán protegidos, la única forma en que podemos hacer que el mundo sea seguro, dado el egoísmo, es tener la investigación y capacidad de producción para fabricar vacunas y otros productos farmacéuticos distribuidos en todo el mundo [5].

Tener esta capacidad de producción e investigación distribuida por todo el mundo permitirá una respuesta más rápida y mejor a la próxima pandemia.

Lo que vimos en COVID-19 también mostró que había algunos beneficios adicionales. Habría una detección más rápida de la enfermedad y nuevas variantes y la posibilidad de una respuesta más rápida. Mientras pienso en la preparación para la próxima pandemia, sin duda, garantizar la capacidad de investigación y producción en todo el mundo debe encontrarse entre nuestras principales prioridades.

#### *Reconocimiento*

Este artículo se basa en un discurso de apertura pronunciado por el profesor Stiglitz en el Foro Mundial de Investigación e Innovación COVID-19 de la OMS, celebrado el 24 de febrero de 2022.

#### *Referencias*

1. World Health Organization. COVID-19 Research and Innovation Achievements. [cited 11 March 2022] <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-research-and-innovation-achievements> 2
2. It Was The Government That Produced COVID-19 Vaccine Success", Health Affairs Blog, May 14, 2021. [cited 11 March 2022] <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210512.191448/#:~:text=Most%20recently%20the%20Congressional%20Budget,%2439.5%20billion%20in%20US%20spending>.

3. United Nations. Vaccine hoarding will prolong COVID warns WHO, as agency mulls early Omicron data. 9 Dec 2021 [cited 11 March 2022] <https://news.un.org/en/story/2021/12/1107542>.

4. Healthline. Will We Need a Fourth COVID-19 Vaccine Dose Due to Omicron? [cited 11 March 2022]. <https://www.healthline.com/health-news/will-we-need-a-fourth-covid-19-vaccine-dose-due-to-omicron#What-we-know-3-doses-better-against-Omicron>.

5. Stiglitz JE, Wallach L. Preserving intellectual property barriers to Covid-19 vaccines is morally wrong and foolish. [cited 11 March 2022] <https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/04/26/preserving-intellectual-property-barriers-covid-19-vaccines-is-morally-wrong-foolish/>: Washington Post; 2021.

6. Stiglitz JE. COVID Has Made Global Inequality Much Worse. [cited 11 March 2022] <https://www.scientificamerican.com/article/covid-has-made-global-inequality-much-worse/>. Scientific American. 2022; (March 2022).

7. Horowitz, Julia. IMF slashes US and China growth forecasts. CNN Business [cited 11 March 2022]. <https://www.cnn.com/2022/01/25/economy/imf-world-economic-outlook/index.html>.

8. Horobin, William. It Would Cost \$50 Billion to Vaccinate the World, OECD Says. Bloomberg Equaliy [cited 11 March 2022]. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-12-01/vaccinations-key-for-recovery-would-only-cost-50-billion-oecd#:~:text=It%20could%20cost%20as%20little,OECD%20Chief%20Economist%20Laurence%20Boone>.

9. Stiglitz JE, Wallach L. The pandemic will continue to rage as long as the WTO keeps bickering over vaccine rules. [cited 11 March 2022] <https://www.cnn.com/2021/11/30/perspectives/wto-vaccine-restrictions-covid/index.html> 2021.

10. Stiglitz JE. People, Power And Profits. New York: W. W. Norton & Company; 2019.

## OTRAS FUENTES

---

### **Hace un año, Biden prometió apoyar las vacunas genéricas para el mundo. Eso no es nada**

*Una conversación con el activista de salud pública sudafricano Tian Johnson sobre las escandalosas desigualdades globales en el acceso a las vacunas, pruebas y tratamientos de COVID.*

#### **Sarah Lazare**

*In Theetimes, 05-05-2022. <https://inthesetimes.com/article/trips-waiver-wto-biden-covid-vaccine-apartheid-south-africa-summit>*

Tian Johnson fundador de African Alliance, dedica su esfuerzo y trabajo, a conseguir una atención sanitaria digna y justa en África. Aquí en esta entrevista expone con la crudeza la realidad que se vive en África con la pandemia por COVID 19. ¿Como es posible que se esté vacunando a los animales del zoológico de Nueva York mientras la vacunas en África apenas llegan al 27% de la población ? Sus palabras finales nos conmueven: " Por qué es una ecuación tan difícil para el mundo entender que hasta que tengamos equidad en vacunas, equidad en pruebas, equidad en tratamientos, estaremos aquí, año tras año tras año? Y por eso luchamos y seguiremos luchando por la justicia" y nos invitan a todos los ciudadanos y ciudadanas a la acción.

Se cumple un año desde que la administración Biden dijo que apoyaría "renunciar a las protecciones de propiedad intelectual para las vacunas COVID-19" en la Organización Mundial del Comercio (OMC). En ese momento, el anuncio fue recibido con una gran esperanza de que dicha exención, si se aprobara, permitiría a los países del Sur Global fabricar sus propias versiones genéricas de vacunas, pruebas y tratamientos, y así cerrar la brecha internacional en el acceso a la vida.

Debido a que Estados Unidos ejerce tanto poder en la OMC, muchos defensores de la salud pública asumieron que si la administración Biden quería que se aprobara una exención, podría hacerlo.

Pero en el año transcurrido desde entonces, la administración de Biden no ha cumplido. Los representantes de EE. UU. se han demorado en el Consejo de Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual

relacionados con el Comercio (ADPIC), el organismo que supervisa las normas de propiedad intelectual en la OMC. La administración Biden se negó a apoyar la versión de la exención (comúnmente conocida como exención de los ADPIC) que inicialmente propusieron India y Sudáfrica en octubre de 2020, y no ha hecho lo suficiente para evitar que la Unión Europea obstruya el progreso de un acuerdo que tiene obstáculos.

Una nueva propuesta de acuerdo sobre propiedad intelectual que ahora circula en el Consejo de los ADPIC ha sido criticado por activistas de la salud mundial por excluir pruebas y tratamientos, aislar a países enteros (como China y todas las naciones "en desarrollo") e imponer nuevas barreras a la producción de genéricos. Junto con la Unión Europea, Estados Unidos es responsable de algunas de las disposiciones dañinas de esta propuesta, aunque la administración Biden aún no ha dicho si respalda el texto.

**Hace un año, Biden prometió apoyar vacunas genéricas para el mundo...**

En general, el panorama es sombrío: la OMC parece lejos de aprobar una exención de propiedad intelectual satisfactoria, aunque los activistas de la salud mundial no se dan por vencidos. Mientras tanto, la financiación de EE. UU. para vacunas globales y ayuda pandémica se ha agotado, con la obstrucción absoluta del Partido Republicano, y la administración Biden se ha retrasado lamentablemente en el cumplimiento de las promesas de vacunas. Con otros países ricos fracasando también, las desigualdades mundiales en materia de vacunas son asombrosas. Solo el 21,3% de la población de todo el continente africano ha recibido al menos una dosis de vacuna. Esto se compara con el 79% en los Estados Unidos y Canadá. En Burundi, solo el 0,1 % de la población ha recibido todas las vacunas, y en Haití, solo el 1,1 %. Los investigadores han identificado 120 fabricantes en Asia, América Latina y África que tienen la capacidad de comenzar a fabricar vacunas de ARNm contra el covid-19, pero no pueden porque Moderna y Pfizer no compartirán las patentes ni los conocimientos tecnológicos. Y a medida que fallan los esfuerzos para liberar la propiedad intelectual, parece cada vez más claro que los gobiernos no obligarán a esas empresas a hacerlo.

These Times habló con Tian Johnson, fundador y estratega de African Alliance, que trabaja para garantizar la justicia social y una atención médica digna en todo el continente africano. Johnson también es copresidente comunitario de African Vaccine Delivery Alliance, que es una iniciativa de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África, y que fue "establecido para garantizar el rápido despliegue de vacunas y suministros/equipos asociados", según su descripción organizativa. Johnson, que tiene su base en Johannesburgo, Sudáfrica y trabaja en todo el continente, ha sido activista durante 20 años y se ha centrado en el apoyo a la salud pública para las personas con VIH y sida, la salud reproductiva y la prevención de la violencia de género.

- *¿Cuál sería el efecto concreto de tener una exención TRIPS real y sólida en el suministro de vacunas en todo el Sur Global?*

- *Tian Johnson:* Una exención significativa de los ADPIC equivale a un paso hacia la independencia. Una exención TRIPS significativa significa que podemos tomar nuestro destino en nuestras propias manos antes. Significa que ya no estaremos en deuda con las compañías farmacéuticas del Norte Global.

Pero también creo que debemos centrar nuestras energías en iniciativas como el centro de ARNm de la OMS. El centro ya ha sido atacado por Moderna, que solicitó patentes en Sudáfrica relacionadas con su vacuna Covid-19, lo que significa que la compañía podría tratar de evitar que el centro fabrique su propia versión de la inyección de ARNm.

No podemos entrar en la próxima ola de la pandemia confiando en Johnson & Johnson, confiando en Moderna, en que sean benévolos, generosos, ni siquiera generosos, sino para tratarnos como beneficiarios de su buena voluntad. Así no funciona la justicia. Nunca hemos exigido caridad, siempre hemos exigido justicia. Y eso significa que si tienen la respuesta para reducir las muertes y las hospitalizaciones, si tienen la respuesta para reducir las enfermedades graves como resultado de la pandemia, y se niegan a compartirla con nosotros, eso nos dice que no estás del lado de humanidad — no estás del lado de salvar vidas.

Sabíamos esto: estas son las mismas compañías farmacéuticas que llevaron al gobierno de Nelson Mandela a los tribunales cuando luchábamos por el acceso a los antirretrovirales en este país. Así que no estamos conteniendo la respiración. No estamos esperando que la industria farmacéutica tenga un "¡Ajá!" en un instante. No estamos esperando a que se alcance el número secreto — X mil millones de dólares — de ganancias antes de que Moderna diga: "Está bien, muchachos,

hemos alcanzado el pico de nuestras ganancias. Ahora ayudemos a todos los demás a mantenerse con vida". No nos hacemos ilusiones de que tendrán un momento de ajuste de cuentas, o que desarrollarán una conciencia. Esto es lo que ellos hacen. Nos lo demostraron con el VIH y ahora nos muestran lo mismo con el COVID. Y si no actuamos drásticamente para desestabilizar el status quo actual, este patrón se repetirá en la próxima pandemia.

**[Nota del editor:** En 1998, la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos de Sudáfrica y 39 fabricantes farmacéuticos, incluido Merck, demandaron al gobierno sudafricano, acusándolo de violar el acuerdo TRIPS a través de sus reformas legislativas destinadas a ampliar el acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan vidas. La demanda nombró a Mandela como el primer acusado. Las empresas finalmente retiraron la demanda, después de la mala publicidad.]

- *Hace un año, la administración Biden dijo que iba a apoyar una exención de propiedad intelectual. ¿Cree que la administración ha cumplido con el espíritu de esa promesa?*

- *Tian:* Creo que no absolutamente y es un reflejo de cuán débil ha sido el liderazgo, desde todos los ángulos, ya sea el Norte Global o el Sur Global. Sudáfrica e India han mostrado liderazgo al presionar realmente por esta exención, y cuando escuchamos que Biden había manifestado su apoyo a la exención, realmente nos dio esperanza.

Pero 12 meses después, está muy claro que la administración actual de Biden está bajo la presión de las compañías farmacéuticas para que no comparta tecnología, no comparta conocimientos. No puede evitar hacer las conexiones y comenzar a pensar: "¿Cuánta influencia y presión tienen las grandes farmacéuticas en la Casa Blanca?"

Será interesante ver cómo se manifiesta esta segunda cumbre de COVID la próxima semana. Nos sorprende que la

administración Biden pueda convocar una cumbre mundial y no traer nada a la mesa. ¿Cómo espera que todos sus supuestos invitados pongan fondos para la respuesta global de Covid en un cesto cuando su propio Congreso no solo está recortando los gastos de ayuda de Covid, sino que está rechazando la financiación de la respuesta global?

Estamos listos para pedirle al Congreso que haga una revisión de la realidad: su tercera o cuarta dosis son geniales, pero en África, donde todavía tenemos que vacunar a la mitad de nuestros trabajadores de la salud, ¿qué significa eso? Esta pandemia no puede terminar con África sentada aquí frente a nuestra quinta ola. Es una quinta ola de muerte, es una quinta ola de destrucción de medios de vida. Esta pandemia está todo menos terminada.

- *En Estados Unidos, existe una percepción creciente de que la pandemia ha terminado. ¿Puede hablar un poco más sobre cómo no ha terminado para las personas en Sudáfrica y para el continente africano?*

- *Tian:* En un continente donde todavía tenemos que vacunar a la mitad de nuestros trabajadores de la salud, ¿cómo puede alguien con una mente en funcionamiento decir que la pandemia ha terminado? La realidad es que la próxima variante afectará a Estados Unidos, la próxima variante afectará a los europeos — todos los cuales se han interpuesto en el camino para acelerar el final de la pandemia, en complicidad con la industria farmacéutica en su ansia de ganancias por encima de las vidas — puesto que la pandemia no ha terminado.

Entonces, a pesar de todos los refuerzos, el hecho de que los estadounidenses estén vacunando a sus animales de zoológico, mientras que ni siquiera tenemos acceso a una primera inyección, nos dice todo lo que necesitamos saber sobre el perverso sistema de salud global. Nos dice todo lo que necesitamos saber sobre la urgencia de descolonizar la salud global y nos recuerda nuevamente que la "solidaridad global" es



## TIAN JHONSON

**“¿Por qué es una ecuación tan difícil para el mundo entender que hasta que tengamos equidad en vacunas, equidad en pruebas, equidad en tratamientos, estaremos aquí, año tras año tras año? Y por eso luchamos y seguiremos luchando por la justicia”.**

una mentira. Entonces, dentro de ese contexto, le diríamos a la gente en Estados Unidos, al mundo realmente, que es espectacularmente ingenuo, espectacularmente miope y que es totalmente anticientífico decir que la "pandemia ha terminado" con porciones tan grandes de este continente sin estar vacunado. Es absolutamente asombroso que tengamos que abogar por esto.

Y estamos viendo agentes clave, desde los cabilderos estadounidenses hasta Bill Gates, impulsando una narrativa de que "todos tenemos que seguir adelante ahora". Gates acaba de lanzar un libro titulado "Cómo prevenir la próxima pandemia". Entonces, en su mente, ya hemos avanzado. Entonces, ¿qué significa eso en un continente como el nuestro?

- *Algunos buscan justificar el apartheid de las vacunas con el argumento: "Estamos dando las vacunas en el continente africano, pero los países no las están distribuyendo y hubo dudas sobre las vacunas". ¿Cuál es su respuesta a esos argumentos?*

- *Tian:* Una de nuestras mayores fallos en la pandemia ha sido la comunicación: hemos dejado atrás a las comunidades. Hemos visto cumbres mundiales, hemos visto viajes de prensa, hemos visto estas reuniones de alto nivel, hemos visto fondos multimillonarios y donaciones a organismos multilaterales. Pero ninguno de ellos puede pararse frente a nosotros de manera convincente y explicar que aportaron a las comunidades.

En el pasado, solía dirigir programas sobre salud reproductiva. Abogamos porque cada dólar que se gasta en un condón, necesita un dólar para gastarlo en programarlo. Las personas no aceptan mágicamente estas intervenciones de salud, ¿verdad? Entonces, una de las mayores injusticias es la falta de recursos que se han destinado a la participación de la comunidad para garantizar que esas vacunas lleguen. Y creo que esa es una de nuestras mayores tragedias.

Es el doble rasero lo que es impactante. Nadie pidió detener el suministro de vacunas a los EE. UU. o la UE, que tienen importantes poblaciones antivacunas. En

cambio, sucedió lo contrario. Estados Unidos se inundó de vacunas hasta el punto en que no tenía idea de qué hacer con ellas. ¿Pero en el momento en que los africanos comenzaron a exigir lo mismo? "¿Están vacilantes? ¿Pueden absorberlo? ¿Pueden manejarlo? ¿Saben qué hacer con él? ¿Qué pasará con el almacenamiento en frío? ¿Robarán los frigoríficos?

- *¿Cuáles son las demandas que tiene para la administración Biden?*

- *Tian:* En primer lugar, queremos liderazgo. Eso significa que el público estadounidense pida a sus representantes electos que exijan una vacuna que se haya desarrollado con su dinero, no el fondo de buena voluntad de Moderna, ni la financiación personal de los accionistas de Moderna, su dinero. Son los dólares de los contribuyentes estadounidenses los que han hecho posible la vacuna Moderna, y debe compartirla si realmente cree que su destino está ligado al mío.

Queremos que la administración de Biden muestre cierto liderazgo y tome medidas urgentes y agresivas para permitir que se comparta esa receta, tecnología y conocimientos. De ello depende el éxito de los centros de la OMS. Parte de nuestro futuro y parte de la forma en que respondamos a la próxima pandemia depende de ello. Moderna necesita compartir la receta porque no es suya.

Queremos que se enfade con el hecho de que esta compañía farmacéutica privada, que está generando multimillonarios, se niega a compartir una tecnología que salva vidas con el resto del mundo. Y si eso no es suficiente para moverte, piensa en tu próximo safari a África. Piense en su próxima visita a Table Mountain. Piensa en la próxima vez que vayas a Kenia a ver las jirafas. Y luego piensa en esa variante que te mirará a la cara. Piensa en cómo tu voz podría haber asegurado que nunca tuviéramos que enfrentarnos a otra variante.

El segundo problema es en torno al Congreso. Y se trata de garantizar que el Congreso financie de manera significativa la respuesta nacional e internacional de Covid. El hecho de que su Congreso pueda negarse a apoyar una respuesta internacional a una pandemia que ha causado el daño que ha causado y seguirá causando, oleada tras oleada, es algo que debe preocupar profundamente a los estadounidenses.

- *¿Tiene alguna demanda en torno a la exención de los ADPIC? ¿Le gustaría ver a Biden apoyar la versión propuesta inicialmente por India y Sudáfrica?*

- *Tian:* Bueno, pediríamos a EE. UU. que rechace el texto filtrado. Lo que nos gustaría que Biden apoyara es lo que Sudáfrica e India pidieron en octubre de 2020: una exención total de los ADPIC. Cualquier cosa menor nos encerrará en esta pandemia. Lo que significa en la práctica es que no podremos fabricar vacunas, pruebas y diagnósticos a la escala que necesitamos.

En este continente, si eres profesor en Zimbabue, la mitad de tu salario se destina a una prueba de Covid. Es inaceptable que, en el mismo año, un niño de primaria, un niño de siete años en Alemania, llegue a la escuela primaria y se le haga un control y se autocontrole. Y al final de del tiempo para el resultado de la prueba, la clase levanta la mano y dice quién dio positivo y quién dio negativo. Y los niños que han dado positivo, se van a casa a descansar. Pero el resto, se quedan en ese salón y siguen con su día. Entonces, ¿por qué el derecho de ese niño alemán de siete años no es comparable con los derechos de un maestro de 34 años en Harare, Zimbabue, que no puede pagar una prueba y tiene que elegir entre conocer su estado de Covid o comprar pan?

¿Por qué es una ecuación tan difícil para el mundo entender que hasta que tengamos equidad en vacunas, equidad en pruebas, equidad en tratamientos, estaremos aquí, año tras año tras año? Y por eso luchamos y seguiremos luchando por la justicia.

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

Ley y Política de Medicamentos  
La base de datos de flexibilidades de los ADPIC

**The TRIPS Flexibilities Database -  
Medicines Law & Policy:** <http://tripsflexibilities.medicineslawandpolicy.org>

MLP ha publicado una excelente base de datos de referencia sobre los aspectos legales de utilización de las flexibilidades de los ADPIC, muy útil para el lector interesado.

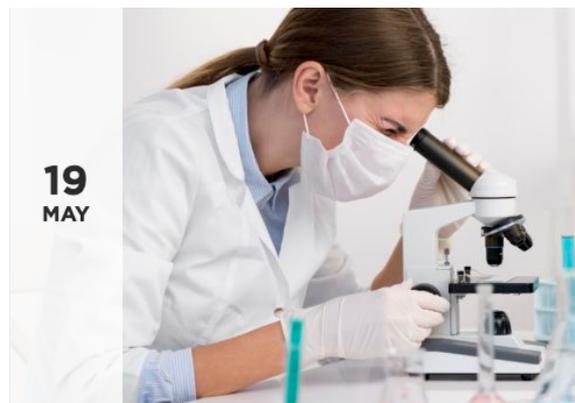


**Profesor Brook Baker**

**KEIONLINE Carta amiga del  
Profesor Brook Baker, 08-04-2022**  
<https://www.keionline.org/wp-content/uploads/ES-Amicus-Brief-Paxlovid-CL-Dominican-Republic.pdf>

Amicus Brief sobre los principios de derechos humanos y la interpretación conforme a los ADPIC en relación con la petición de Knowledge Ecology International para una licencia obligatoria sobre el antiviral COVID-19 de Pfizer, Paxlovid, del Profesor Amicus Brook K. Baker, Northeastern U. School of Law Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

**NO ES SANO**



**Pedimos a Pedro Sánchez más  
inversión para la investigación  
pública en terapias avanzadas**

NO ES SANO, 19-05-2022, <https://noessano.org/es/noticia/sanchez-inversion-terapias-avanzadas/>

Una decena de organizaciones sociales y medicas y una veintena de profesionales de la salud hemos enviado esta carta al presidente del Gobierno para pedirle más inversión en las terapias avanzadas, como las llamadas CAR-T, que se desarrollan en nuestro sistema sanitario público y más protección para que toda la investigación que se está desarrollando en nuestros hospitales y centros de investigación públicos no acabe en manos privadas.

Organizaciones e Instituciones firmantes: Salud por Derecho, Médicos del Mundo, Plataforma No Gracias, Red Andaluza del Diseño y Traslación de las Terapias Avanzadas, Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, **Asociación por un Acceso Justo al Medicamento (AAJM)**, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, Hospital Clínic de Barcelona y Grupo Español de terapias Inmuno-Biológicas en Cáncer (GETICA).



**Analysis of the Outcome Text of the Informal Quadrilateral Discussions on the TRIPS COVID-19 Waiver**

SOUTH CENTRE, Carlos M. Correa y Nimalya Syam, 05-05-2022, [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/PB110\\_Analysis-of-the-Outcome-Text-of-the-Informal-Quadrilateral-Discussions-on-the-TRIPS-COVID-19-Waiver\\_EN.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/PB110_Analysis-of-the-Outcome-Text-of-the-Informal-Quadrilateral-Discussions-on-the-TRIPS-COVID-19-Waiver_EN.pdf)

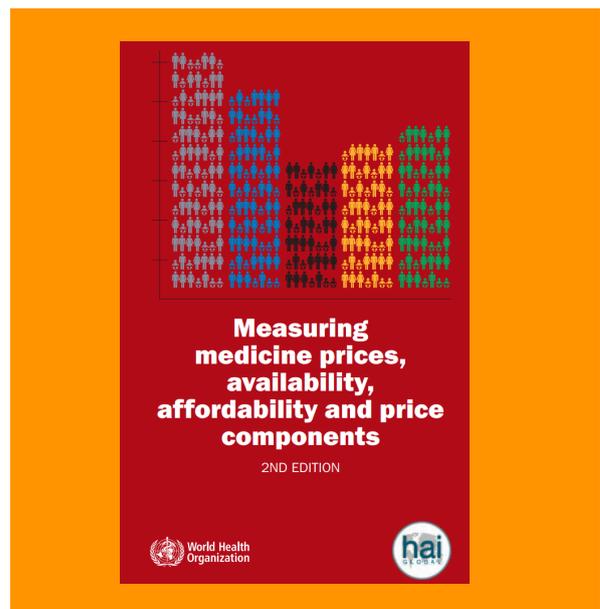
Como señalan los autores este informe analiza los elementos del proyecto de texto transmitido sobre los ADPIC al Consejo y lo realiza de una forma rigurosa e imprescindible para conocer la política sobre patentes en la OMC (WTO).



**Un enfermero de Liberia aplaude irónicamente a los ejecutivos de las farmacéuticas por sus enormes ganancias en el Foro de Davos. Fue detenido**

PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL (PSI), Leo Hyde, 25-05-2022, <https://publicservices.international/resources/news/nurse-protests-vaccine-patents-by-applauding-pharma-ceos-at-davos-for-huge-pandemic-payouts?lang=en&id=13061&showLogin=true>

En una protesta diseñada como una inversión satírica del aplauso mundial para los trabajadores de primera línea, George Poe Williams trató de resaltar la necesidad urgente de que los gobiernos respalden una exención de patentes sobre vacunas y suministros que se ha retrasado en aras de las ganancias farmacéuticas. Mientras los directores ejecutivos de Pfizer, Astra Zeneca y una amplia gama de multimillonarios se reunían dentro del área segura del WEF, la policía detuvo a Williams fuera del perímetro y le dijo que las acciones de protesta estaban prohibidas.



**Medición de precios de medicamentos, disponibilidad, asequibilidad y componentes del precio, 2.ª edición**

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70013/WHO\\_PSM\\_PAR\\_2008.3\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70013/WHO_PSM_PAR_2008.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Documento de desarrollo del proyecto OMS/HAI sobre precios de medicamentos. Los capítulos están disponibles y descargables en castellano,



**EL DINERO MANDA**

LA RESPUESTA DE LAS FARMACÉUTICAS A LA CRISIS DE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19



**El dinero toma las decisiones**

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 14-02-2022, Número de índice: POL 40/5140/2022. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/5140/2022/en/#:~:text=In%20September%202021%2C%20Amnesty%20International,access%20to%20Covid%2D19%20vaccines>

En septiembre de 2021, Amnistía Internacional publicó “Una doble dosis de desigualdad,” que evaluó hasta qué punto la industria farmacéutica restringía el acceso a las vacunas contra la COVID-19. Este nuevo informe actualiza la evaluación de cinco fabricantes líderes de vacunas, AstraZeneca plc, BioNTech SE, Johnson & Johnson, Moderna Inc. y Pfizer Inc. También incluye por primera vez una evaluación de los dos mayores productores chinos de vacunas.

Nuestro compañero Fernando Lamata, ha escrito una novela que lleva por título “Honderos”. Utiliza el símil de los lanzadores de piedras, como David, que armado con su honda se enfrentó a Goliat, el gigante filisteo que nadie se atrevía a combatir.

En “Honderos”, a partir de hechos reales, se visibiliza la grave situación que supone la falta de acceso a medicamentos en el mundo. Una problemática por la que mueren 10 millones de personas cada año debido a los monopolios de las empresas farmacéuticas, que controlan todas las patentes que les conceden los gobiernos. Para lograr cambiar es fundamental el compromiso de cada uno de nosotros.

FERNANDO LAMATA COTANDA

**HONDEROS**



Todos los beneficios que se generen con la venta de este libro, una vez editado y publicado, serán donados a la [Asociación por un Acceso Justo al Medicamento](#) para las acciones de divulgación, difusión y promoción de la Asociación.

La edición de “Honderos” se está llevando a cabo a través de una campaña de *crowdfunding* o micro mecenazgo para financiarla.

**PUEDES CONVERTIRTE EN MECENAS A TRAVÉS DE ESTE ENLACE**  
<https://libros.com/crowdfunding/honderos/>

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