

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

Nº. 13  
JUNIO 2022

<https://accesojustomedicamento.org/>



<https://twitter.com/AjmRevista>

ESPECIAL  
VERANO 2022.  
VOLVEMOS EN  
SEPTIEMBRE

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

## EDITORIAL

**La historia interminable de la sumisión de la Organización Mundial de Comercio a los intereses económicos de la industria farmacéutica.** Comisión de Redacción de la rAJM. 3

## ORIGINALES

**La patente en los medicamentos: un derecho inhumano.** Ángel María Martín Fernández-Gallardo, inspector farmacéutico del SESCAM. 6

**Equidad en la prescripción de medicamentos para personas mayores que viven en centros sociosanitarios.** María Victoria Zunzunegui, profesora honoraria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal. 18

## DISOLUCIÓN DE LA PLATAFORMA GALLEGA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C

**Acuerdo de disolución una vez alcanzados los objetivos.** Nota de prensa de la Plataforma Galega de Afecta@as pola Hepatite C. 22

**Crónica de una lucha de éxito por el acceso a los tratamientos.** Enrique Costas Bastero, expresidente de la Plataforma Galega de Afecta@as pola Hepatite C. 24

**“Los males no son, sino cómo se sienten” (nota de agradecimiento).** Jon Gómez Garmendia, criminólogo, doctor en Derecho y Ciencia Política por la Universidad de Barcelona. 34

## OTRAS FUENTES

**El *apartheid* de las vacunas es racista y equivocado.** Fatima Hassan. 36

**Carta al presidente Biden pidiendo que nombre un director de los NIH que priorice el acceso a los medicamentos.** Public Citizen. 42

**Diez circunstancias que nos abocan a una nueva pandemia.** Raúl Rivas González. 45

## INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

48

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. Edición, diseño y maquetación: Pablo Martínez Segura.

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 13. JUNIO 2022. [Histórico de revistas](#).

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

| ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO   |  |
|---|--|
| ISSN 2697-1712  |  |
| Nº 13 JUNIO 2022  | EDITORIAL  |
| <a href="https://www.accesojustoalmedicamento.es/">https://www.accesojustoalmedicamento.es/</a> | La historia interminable de la suscripción de la Organización Mundial de Comercio a los intereses económicos de la industria farmacéutica. Consejo de Redacción de la AAJM                                   |
|   | ORIGINALES   |
|   | La paterna en los medicamentos: un derecho humano. Ángel Varró (Universidad Carlos III), Susana Fernández de ESPINOSA  |
|   | Equidad en la prescripción de medicamentos para personas mayores que viven en centros sociosanitarios. María Helena Zúñiga, profesora honoraria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal |
|   | INSULINACIÓN DE LA PLATAFORMA GALLEGA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C  |
|   | Acuerdo de colaboración para una investigación trasológica. Nota de prensa de la Plataforma Galega de Afectados por Hepatitis C  |
|   | Control de una lucha de vida por el acceso a los tratamientos. Cristina Castro Barrios, representante de la Plataforma Galega de Afectados por Hepatitis C   |
|   | "Los malos se van, pero cómo se van" (nota de agradecimiento) de la OMS por su liderazgo, liderazgo de la OMS y Ciencia Pública por la Universidad de Barcelona  |
|   | OTRAS FUENTES  |
|   | Carta al presidente Dileón pediendo que nombre un director de los NIH que priorice el acceso a los medicamentos. Pablo Cebal   |
|   | Diez presentaciones que nos abocan a una nueva pandemia. Raji Rivas González   |
|   | INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS  |

## EDITORIAL

## La historia interminable de la sumisión de la Organización Mundial de Comercio a los intereses económicos de la industria farmacéutica



### Comisión de Redacción de la rAJM

Desde la rAJM y la AAJM hemos seguido con rechazo e indignación la evolución de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y su estrategia de aplazamientos sucesivos desde hace dos años para dar respuesta al planteamiento de una alternativa digna, capaz de dar una respuesta humana a la pandemia por SARS-COV-2 Covid 19 . La OMC ha estado durante casi dos años, bloqueando la propuesta conjunta para renunciar a los derechos de propiedad intelectual de las vacunas en todo el mundo que India y Sudáfrica presentaron para conseguir un acceso justo y universal a vacunas y medicamentos para COVID 19. Esta propuesta fue asumida y respaldada por más de 100 países, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y más de 300 grupos de la sociedad civil, y diferentes personalidades como premios Nobel, exjefes de estado, eurodiputados, organizaciones sindicales y un amplio número de expertos médicos en epidemiología y salud pública y cientos de miles de ciudadanos. Todos estos apoyos consideran que es necesaria como mínimo la exención por un tiempo limitado a determinadas obligaciones que recogen los ADPIC

La última reunión ministerial de la OM (12ª Conferencia Ministerial ) iniciada el 12 de junio en Ginebra estaba dirigida a revisar los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la OMC para incluir como señalaba la propuesta de India y Sudáfrica modificaciones en el reglamento para hacer posible un acceso universal a vacunas y medicamentos. Pues bien los países ricos liderados por Suiza, Noruega, Reino Unido, la propia UE y el silencio y complicidad

táctica de EE UU bloquearon e impidieron la propuesta mencionada. El viernes 17 de junio se llegó a un "acuerdo" in extremis (Decisión Ministerial sobre los ADPIC ) sobre patentes para las vacunas contra COVID-19 después del rechazo a la propuesta de India y Sudáfrica.

El acuerdo renuncia en el reglamento a una subclase de un artículo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, eliminando la prohibición de exportar vacunas adquiridas bajo una licencia obligatoria. Como comenta Health Action International (HAI) el texto no hace más que " añadir la relajación de la restricciones a las exportaciones al tiempo que añade más requisitos al uso de flexibilidades ya establecidas como las licencias obligatorias". El acuerdo recoge la limitación absoluta de la reexportación de vacunas de un país en desarrollo a otro país en desarrollo, con excepciones con fines humanitarios y sin fines de lucro. En esta misma línea James Love en su análisis afirma ."El texto de la decisión ministerial estará vinculado con 31 bis como una de las peores formas de permitir las exportaciones bajo una licencia obligatoria. La gran industria farmacéutica puede estar satisfecha con los precedentes en cuanto a las notificaciones y anti desviación que son importantes para ellos". La excepción además se limita exclusivamente a las vacunas, y a un periodo de cinco años y no aborda un tema clave como la transferencia de tecnología y los secretos comerciales.

Esta resolución es una vergüenza, pues mantiene y consolida la brecha de desigualdad en el acceso a las vacunas y

medicamentos y tecnologías necesarias para COVID-19 pese a declaraciones llenas de aparente solidaridad, como las pronunciadas en nuestra Unión Europea por la presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, en 2020: "Las vacunas serán nuestro bien común universal".



Este acuerdo es un fracaso y continuará poniendo en riesgo la vida de millones de personas en el mundo. Es el resultado de las presiones secretas de los lobbies de la industria farmacéutica y de los intereses comerciales de los países ricos que han sido asumidos e impulsados de forma lamentable por la directora general de la OMC Dra Ngozi Okonjo-Iweala.

Como señala también HAI: "Los últimos días han demostrado que la OMC no es institucionalmente apta para ofrecer soluciones sostenibles a las necesidades de la mayoría de los países y sus ciudadanos".

La AAJM decidió realizar una nota expresando su posicionamiento y profunda decepción con esta Decisión que reproducimos a continuación:

***Fiasco en la liberalización de patentes de vacunas contra la COVID-19***

***La OMC controlada por los ricos, mantiene el escenario de muertes para los pobres***

*La décimo segunda Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, celebrada entre el 12 y el 16 de junio, **alcanzó en la madrugada del día 17 un***

***acuerdo*** sobre la propuesta de suspensión de patentes y otros derechos de propiedad intelectual para facilitar el acceso a vacunas y otras tecnologías frente a la COVID-19.

*El acuerdo es una decepción. La negociación no ha sido transparente. Se ha presionado desde la Dirección General de la OMC para que se alcance un acuerdo de última hora y de mínimos, para salvar la cara. La oposición de la UE, EEUU, Suiza, Noruega, Reino Unido y otros países ricos, ha bloqueado la propuesta hecha hace año y medio por India y Sudáfrica.*

*Conviene no olvidar que este bloqueo a la suspensión de los derechos de propiedad intelectual y la transferencia de tecnología y conocimiento para hacer frente a la COVID ha causado millones de muertes y ha aumentado la desigualdad y la pobreza. El acuerdo aprobado no suspende los derechos de propiedad intelectual, como pedían India, Sudáfrica y otros cien países, y apoyaban cientos de organizaciones de acceso a los medicamentos.*

*Simplemente recuerda que los países pueden usar las licencias obligatorias, lo que ya estaba contemplado en el acuerdo ADPIC (TRIPS). Hay alguna pequeña concesión, evitando la notificación previa a la OMC; permitiendo la exportación a otros países, con limitaciones; recomendando el uso de la "guía de remuneración para el uso no voluntario de patentes en tecnologías médicas" de la OMS; o la posibilidad de extender este acuerdo a otras tecnologías dentro de seis meses. Pero incluye otras limitaciones:*

*solamente para vacunas, solamente las patentes (y no los secretos comerciales), solamente para un periodo de 5 años, solamente países en desarrollo con alguna limitación significativa, etc. De esta forma se desincentiva que países o empresas decidan arriesgarse a usar este mecanismo para fabricar vacunas.*

*“Es difícil imaginar algo con menos beneficios que este acuerdo, como respuesta a una emergencia de salud global... es casi imposible que mejore las medidas contra la COVID” (James Love, KEI). El mayor logro de estos debates, hasta este momento, es que han atraído la atención de parte de la sociedad y de los gobiernos, y han mostrado que otros caminos son posibles.*

*La AAJM insiste en la necesidad de suspender los derechos de propiedad intelectual para vacunas, tratamientos y diagnósticos frente a la COVID-19, y en la exigencia de que se transfiera la tecnología y el Know How por parte de los países donde residan las empresas titulares de las patentes. Solo así se aceleraría la producción de vacunas y otras tecnologías y se evitarían millones de muertes y mucho sufrimiento. No solo en esta pandemia, sino en otras que, inevitablemente, vendrán.*

Lamentamos una vez más que el comercio y la industria farmacéutica, su codicia y ambición desmedida se hayan impuesto a la salud y a la vida de los habitantes del planeta Tierra

### **Texto del Acuerdo**

Ministerial Conference Twelfth Session.  
<https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/WT/MIN22/W15R1.pdf&Open=True>

### **Referencias bibliográficas para el lector interesado en completar el análisis del Acuerdo**

1. Sánchez Nicolás E. Rich states finally kill vaccine-waiver proposal at WTO Brussels, 17. JUN, 16:04 EUObserver <https://euobserver.com/world/155253>
2. Kuttner Robert. "WTO Fails to Promote COVID Vaccines". Today on TAP: And the U.S., despite Biden's commitment to a waiver of drug company patent rights, sides with Pharma. The American Prospects June 17, 2022. <https://prospect.org/coronavirus/wto-fails-to-promote-covid-vaccines/>
3. Priti Patnaik. "Trade Won, Health Did Not. A Sliver of a Waiver at the WTO." Newsletter Edition #146 [Geneva Health Files: WTO Ministerial Conference Update] Jun 20 4. Love James Knowledge Ecology International <https://www.keionline.org/37830>
5. Vidal Jaume. Health Action International. <https://haiweb.org/wto-institutionally-unfit-for-purpose-of-delivering-sustainable-solutions>
6. Christos Christou, International President of MSF: "Inability to agree a real pandemic intellectual property Waiver at WTO is a devastating global failure for people the world over". <https://msfaccess.org/inability-agree-real-pandemic-intellectual-property-waiver-wto-devastating-global-failure-people>
7. Matthew Groch, "Los procesos antidemocráticos de la OMC producen un resultado vergonzoso sobre la propiedad intelectual y el Covid en la 12a Ministerial de la OMC" - Public Citizen. <https://www.citizen.org/news/undemocratic-wto-processes-produce-shameful-result-on-covid-trips-waiver-at-12th-ministerial/>
8. Johnson Jake "WTO Deal on Vaccine Patents Decried as a 'Sham' Dictated by Rich Nations, Big Pharma "One campaigner slammed the agreement as "a technocratic fudge aimed at saving reputations, not lives June 17, 2022. <https://www.commondreams.org/news/2022/06/17/wto-deal-vaccine-patents-decried-sham-dictated-rich-nations-big-pharma>

## ORIGINAL

**La patente en los medicamentos: un derecho inhumano****Ángel María Martín Fernández-Gallardo.**

Inspector farmacéutico del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM)

**Resumen**

En 1948 se declaró la vida como un Derecho Humano Universal que hoy violan sistemáticamente las multinacionales farmacéuticas con sus patentes de medicamentos que salvan vidas, condenando a morir a quienes no pueden pagar los precios arbitrariamente caros que exigen; un holocausto silencioso que los Estados permiten y los ciudadanos, por no impedirlo, también nos hacemos cómplices. Y ahora dan un paso más y alegan que la patente responsable de ese genocidio es un derecho humano. Para imponerlas en los tratados de la OMC las disfrazaron de ciencia, pero como nos demuestra la historia de la insulina y su patente centenaria mutante, sólo parasitan la ciencia. Que para defenderlas no nos las disfracen de humanidad, porque como nos muestra el reguero de muerte que dejan a su paso, sólo son un derecho inhumano.

**Lobitos buenos**

En el mundo que quisieron imponer los nazis hubiera sido posible contemplar al Dr. Menguele, convertido en un destacado médico de éxito al que acudiría lo más selecto de la raza aria, siendo alabado por destinar a obras benéficas para huérfanos de las SS un pellizco de su fortuna, acumulada durante el holocausto con los dientes de oro que arrancaban a los judíos después de gasearlos.

En el mundo surgido tras los tratados de la OMC, leemos que el CEO de Moderna (1), al igual que el CEO de Pfizer convertido en

empresario de éxito, donará a organizaciones benéficas 330 millones de euros de su fortuna, acumulada especulando con la vacuna de la COVID-19 durante la pandemia y restringiendo su disponibilidad mientras mueren como corderos millones de personas sin poder vacunarse y un clamor mundial les exige que liberen las patentes, porque Sr. Stéphane Bancel, todo su dinero no podrá devolver la vida ni a uno solo de ellos. Y leemos también que Pfizer reclama protección para que los corderos no violen los derechos humanos de su patente.

Aunque José Agustín Goytisolo ya nos dejó, ¡qué vivos permanecen su sueño y su poesía!:

Érase una vez, un lobito bueno, al que maltrataban todos los corderos... (2)

**La aberración**

El pasado mes de abril, diez organizaciones sin ánimo de lucro dedicadas a la atención médica en EEUU enviaron una carta al presidente de Pfizer (3), cuya empresa ha invocado que la patente de Paxlovid es un derecho humano y equipara la emisión de la licencia obligatoria solicitada por la República Dominicana (4) con una violación de los derechos humanos de Pfizer. Esta aberración no preocuparía si no partiera de Pfizer, que como es sabido fue el impulsor de la inclusión, casi a escondidas, de los medicamentos en el Acuerdo sobre los ADPIC. (5)

Le recuerdan que la política de derechos humanos de su empresa asume “el compromiso de realizar negocios de manera

ética y responsable, respetando los derechos humanos reconocidos internacionalmente en todas sus operaciones” y que invocar una violación de los derechos humanos para evitar el acceso equitativo a sus medicamentos COVID no es ético ni responsable, “más bien, a muchos les parecerá una estrategia más de las grandes farmacéuticas para maximizar las ganancias durante una pandemia”. (3)

En el Titanic del Paxlovid (6), su Capitán no deja acceder al bote salvavidas a los enfermos con COVID grave que no puedan pagar el precio que les exige por sus vidas, ¡porque violan los derechos humanos del bote salvavidas!

### **La vida si es un derecho humano**

La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 (7), proclama que todo individuo tiene derecho a la vida, a la salud, a no ser sometido a trato inhumano, a igual protección contra toda discriminación y a que se establezca un orden internacional para que estos derechos se hagan plenamente efectivos. Y termina diciendo, que nada en esta declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esa Declaración.

¿No se suprime el derecho a la vida cuando se impide el acceso al medicamento que puede salvarla?

¿No se suprime el derecho a la salud cuando se impide el acceso al medicamento que puede restaurarla?

¿No es trato inhumano dejar sufrir y morir a una persona cuando se le impide el acceso al medicamento

que puede curarle y salvarle la vida?

¿No es discriminación decidir arbitrariamente quién puede tener acceso y quién no al medicamento que le puede salvar la vida?

¿No viola esta declaración el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) que establece un orden internacional que permite la supresión del derecho a la vida, del derecho a la salud, del derecho a no ser sometido a un trato inhumano y del derecho a no ser discriminado?

Sí, las patentes en los medicamentos y el acuerdo fúnebre de Marrakech sobre los ADPIC violan la Declaración Universal de Derechos Humanos.

### **Salvar vidas fue su único objetivo**

En 1798 Edward Jenner descubrió la vacuna de la viruela y no corrió a patentarla sino a divulgar su descubrimiento. Hoy muchos creen que es el científico que más vidas ha salvado (8). Sólo cinco años después Balmis, Salvany, Zandal y 22 niños huérfanos en cuyos brazos se inoculaba el virus para mantenerlo vivo, emprendieron la expedición que a lo largo de tres años llevó ese descubrimiento por medio mundo para difundirlo y salvar vidas. El propio Jenner dijo: ‘No me imagino que en los anales de la historia haya un ejemplo de filantropía tan noble y extenso como este’ (9,10,11). La vida aún no había sido declarada un derecho humano, pero estas personas no lo necesitaban, lo sabían.

Siempre lo han sabido quienes dedican su vida y vocación a protegerla, por eso cuando sus descubrimientos han sido importantes los compartieron y difundieron, como revela la intrahistoria de la patente de la insulina,

cuyo descubridor era médico y por razones éticas no quería que su nombre figurase en la solicitud de la patente que iban a ceder a la Universidad de Toronto para producirla gratuitamente. Pero la ley de EEUU requería que los inventores reales presentaran la solicitud, de lo contrario sería nula, y tuvieron que convencerle de que no habría perjuicio contra él al transferirla a una institución y no obtener beneficio de ella. (12)

Y no sólo el mundo sanitario. Cuando Nils Bohlin, ingeniero jefe de Volvo, inventó el cinturón de seguridad con 3 puntos en 1959, lo patentó. Y cuando dos años después la empresa se dio cuenta de lo importante que era para salvar vidas humanas liberó la patente, que se estima que cada año salva 100.000 vidas (13).

Pero hoy día, para las multinacionales farmacéuticas ganar dinero es el único objetivo y para maximizar sus beneficios especulan impunemente con sus patentes y nuestras vidas. (14)

### **Impunidad: los Estados tampoco nos protegen**

En septiembre de 2021, Amnistía Internacional publicó el informe “Dosis doble de desigualdad: Las empresas farmacéuticas y la crisis de las vacunas contra la COVID-19” (15), donde evalúa las restricciones que la industria farmacéutica impone al acceso equitativo a sus vacunas vitales contra la COVID-19 y denuncia la inacción de los gobiernos para proteger los derechos humanos en todo el mundo al no exigirles que suprimieran esas restricciones.

Pero las vacunas contra la COVID son sólo la punta del iceberg. En realidad esta inacción se extiende ya a todos los nuevos medicamentos con patente que se autorizan y, como resultado, la autorización de comercialización que otorgan los Estados también autoriza de facto a suprimir derechos humanos de las personas y a

quitarles la vida, dejándoles morir si no pueden pagar el precio arbitrariamente caro que las multinacionales farmacéuticas exigen.

### **Cómo hemos llegado a esto**

Las patentes en los medicamentos existen desde hace más de cien años, entonces ¿qué ha cambiado? La normativa supranacional.

Hasta 1995 cada país tenía amplia libertad para establecer los parámetros de la propiedad intelectual, podía definir si otorgaba patentes o no en algunos sectores, la duración de las patentes y qué derechos se otorgaban. Esto cambió ese año con la creación de la OMC y la imposición global bajo su paraguas, del acuerdo fúnebre de Marrakech sobre los ADPIC.

Con esta normativa supranacional, las multinacionales farmacéuticas escapan al control de las leyes nacionales. Es la nueva versión, en el mundo globalizado, de lo que decía el Conde de Romanones a los diputados “Hagan ustedes las leyes y déjenme a mí los reglamentos”. Hoy esos reglamentos se escriben de manera opaca por grupos de presión en organismos supranacionales alejados del control democrático. Y por eso cuando esos acuerdos producen sufrimiento y muerte no se modifican, porque allí no se escucha la voz de los ciudadanos, sólo la de los interesados en mantenerlos.

El acuerdo fúnebre de Marrakech sobre los ADPIC impuso en todo el mundo unos estándares mínimos para la protección de las patentes:

Establece que las patentes no pueden durar menos de 20 años, sin ninguna justificación lógica o económica para esta duración.

Establece qué derechos deben concederse a los titulares de patentes.

Crea una nueva forma de protección de los llamados datos de prueba para los productos farmacéuticos.

Es decir, establece un conjunto de normas inspiradas en algunos estándares de propiedad intelectual existentes en los países desarrollados, que ni son necesariamente adecuadas para los países en desarrollo (16), ni para la mayoría de los países desarrollados que ya tenían la normativa adaptada a sus necesidades.

Entonces ¿por qué lo firman? Porque para adherirse a la OMC deben firmar el Acuerdo sobre los ADPIC, uno de los tres pilares de la OMC (17) y si se quedan fuera de la OMC, en un mundo globalizado quedan en medio de un apartheid comercial. Y cuando lo firman, si lo incumplen, Estados Unidos aplica la Sección Especial 301 de su legislación comercial y sanciona al comercio con ese país (18) y Europa en un informe equivalente (19).

La inclusión de los productos farmacéuticos en el acuerdo sobre los ADPIC solo benefició a las multinacionales farmacéuticas que fueron quienes lo promovieron (5) y les faltó tiempo para empezar a actuar: la mayoría de los países incluidos en el Informe Especial 301 entre 1996 y 2000 fueron solicitados por Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, lobby de las multinacionales farmacéuticas (18).

Y al abrigo de estas normas han creado un monopolio global con el que ejercen un control férreo: imponen los precios a los Estados (14), deciden dónde y cuánto producen, eligen a quién venden sus medicamentos y a qué precio, discriminando el acceso de los ciudadanos a los medicamentos que necesitan y vulnerando los derechos humanos (15).

Antes del acuerdo fúnebre de Marrakech ese monopolio mundial era imposible de crear,

las diferentes legislaciones nacionales lo impedían y daban fuerza a los Estados para poder negociar los precios de los medicamentos, que se relacionaban con sus costes de producción, investigación y desarrollo. Hoy son precios de monopolio, arbitrarios, puramente especulativos para maximizar los beneficios, precios que impiden el acceso a los medicamentos a millones de personas en todo el mundo, que lo pagan con más sufrimiento y muchos con su vida (14).

La jugada de las multinacionales farmacéuticas fue maestra e inhumana. Y no hay caso que lo ilustre mejor que lo sucedido con la insulina, hoy en el ojo del huracán incluso en los países más ricos: un estudio en EEUU encontró que uno de cada cuatro diabéticos raciona su insulina por razones financieras (20) y en todo el mundo según la OMS uno de cada dos diabéticos no puede acceder a la insulina que necesita (21).

### **La insulina: de patente humanitaria a máquina de ganar dinero**

Sus descubridores, cuando en 1923 solicitaron la patente, declararon que su objetivo no era obtener ganancias: “la insulina pertenece al mundo, no a mí” (22). Creían que cuando se publicasen los detalles del método de preparación, cualquiera sería libre de preparar el extracto, pero nadie podría asegurar un monopolio rentable y la vendieron por 1 dólar a la Universidad de Toronto para garantizar la disponibilidad rápida de su descubrimiento para el público.

Pero tras intentar fabricarla en el campus universitario, los investigadores se dieron cuenta de que carecían de la experiencia necesaria para producir suficiente medicamento para los mercados, por eso se asociaron con Eli Lilly en EEUU y otros muchos como Connaught Laboratories en Canadá, Squibb en EEUU, Nordisk, Novo, Hoechst, British Drugs Houses y Burroughs Wellcome en Europa y Commonwealth Serum Laboratories en Australia, a quienes

se permitió obtener patentes de cualquier mejora en el proceso de fabricación para que llegase lo más rápidamente posible a todos los que la necesitasen. Incluso el prestigioso abogado que preparó la documentación de esas patentes lo hizo altruistamente (12). Por entonces la industria farmacéutica tenía alma sanitaria:

Eli Lilly había sido fundada unos años antes por un farmacéutico, tras morir su mujer de malaria. Al fundarla prometió “convertir en algo mejor la vida de las personas de todo el mundo”. (23)

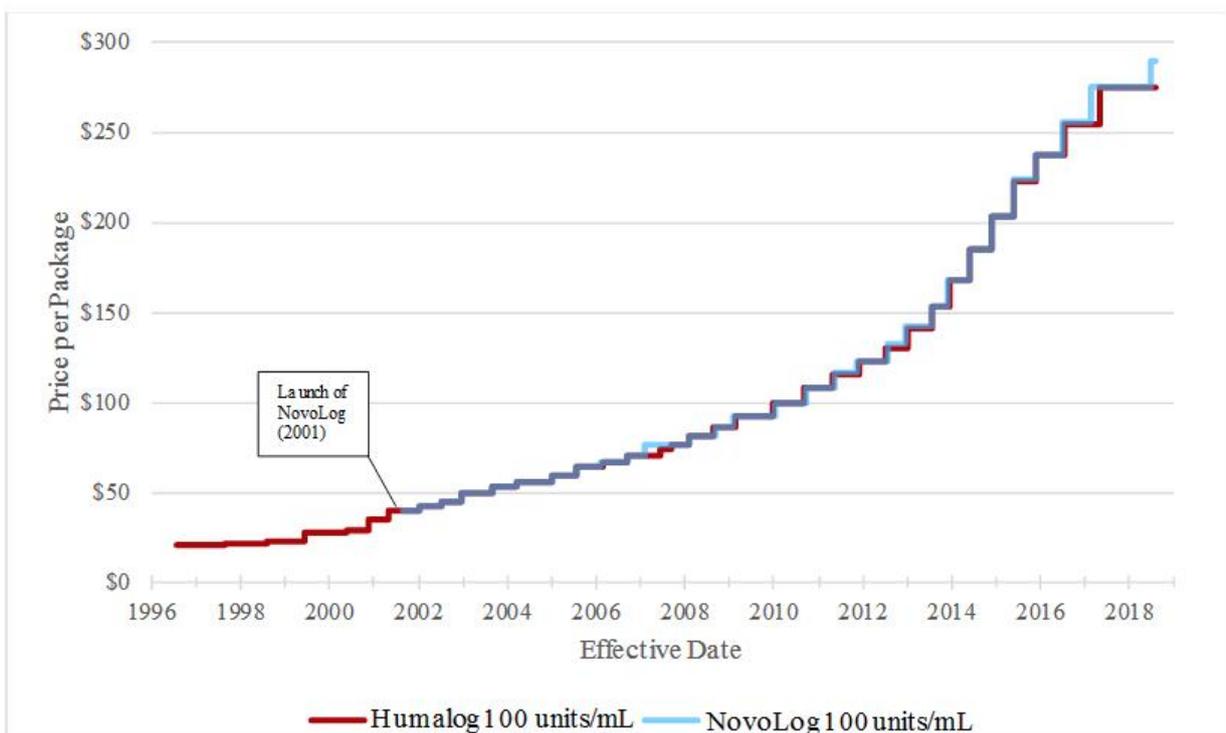
Nordisk fue fundada en Dinamarca en 1923 por August y Marie Krogh, él Premio Nobel y ella médica y diabética, quienes en un viaje a Estados Unidos en 1922 conocieron el descubrimiento y obtuvieron los permisos para producirla. (24)

Hoechst, entonces una fábrica de tintes, quiso producirla en Alemania y puso al frente al científico lituano Oskar Minkowsky, que había sido el primero en demostrar que el páncreas producía una sustancia cuya carencia era responsable de la diabetes. (25)

Hoy esas tres empresas (Hoechst fue absorbida por Aventis) controlan su mercado valorado en 105.000 millones de dólares y han convertido su monopolio en una máquina de ganar dinero (figuras 1 y 2) cobrando cantidades exorbitantes por un medicamento sin el cual las personas con diabetes tipo 1 no pueden vivir y desde 1996 han subido su precio más de un 1.200% en EEUU (26), mientras uno de cada cuatro diabéticos allí no puede acceder a ella correctamente.

**Figura 1:** La máquina de ganar dinero de Eli Lilly y Novo Nordisk, a pleno rendimiento en EEUU

Comparison of Rapid-Acting-Insulin Price Increases—Humalog (Eli Lilly) and NovoLog (Novo Nordisk), 1996–2018



**Figura 2:** La máquina de ganar dinero de Sanofi con su matorral de patentes para ampliar su monopolio en EEUU.

Patents and Extended Monopoly Periods

| Company       | Drug      | Number of Patents Issued | Potential Years Blocking Competition |
|---------------|-----------|--------------------------|--------------------------------------|
| AbbVie        | Humira    | 130                      | 39                                   |
| AbbVie        | Imbruvica | 88                       | 29                                   |
| Amgen         | Enbrel    | 39                       | 47.5                                 |
| Celgene       | Revlimid  | 109                      | 40                                   |
| Pfizer        | Lyrica    | 69                       | 32                                   |
| Sanofi        | Lantus    | 49                       | 37                                   |
| <b>Total:</b> |           | <b>484</b>               | <b>224.5</b>                         |

Fuente: (37)

Lo hacen prostituyendo el objetivo por el que se les entregó esa patente, prorrogando artificialmente su duración mediante “matorrales de patentes” y cambios a veces menores en el proceso de fabricación, una práctica habitual de las multinacionales farmacéuticas conocida como “evergreening” (27), que usan impunemente para prolongarlas y subir los precios. Y por

ambición de sus directivos, que con esas subidas consiguen desmesurados pluses con los que después algunos CEOs simulan practicar la caridad (figura 3). Y pueden hacerlo porque hoy las multinacionales farmacéuticas, gracias a los acuerdos fúnebres de Marrakech tienen más poder que los Estados.

**Figura 3:** Incentivos cobrados por sus directivos entre 2016 y 2020.

| Company      | Total                   |
|--------------|-------------------------|
| AbbVie       | \$ 347,697,413          |
| Amgen        | \$ 240,436,746          |
| Celgene/BMS* | \$ 260,140,942          |
| Eli Lilly    | \$ 234,015,759          |
| Mallinckrodt | \$ 160,784,443          |
| Novartis     | \$ 320,585,194          |
| NovoNordisk  | \$ 124,812,234          |
| Pfizer       | \$ 287,751,046          |
| Sanofi       | \$ 60,467,284           |
| Teva         | \$ 195,881,480          |
| <b>Total</b> | <b>\$ 2,232,572,540</b> |

Fuente: (37)

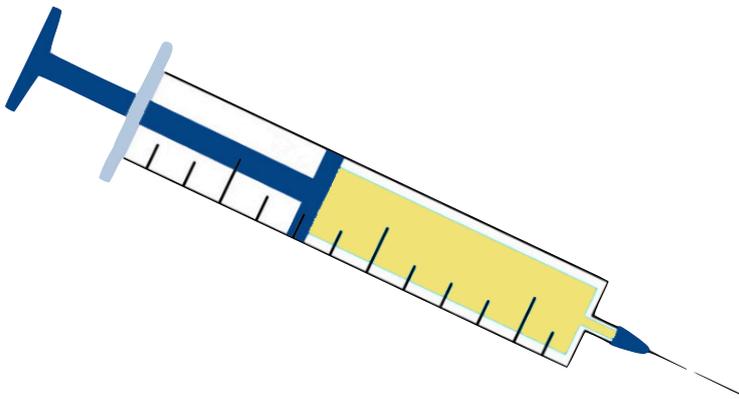
Pero la subida en EEUU no es un caso aislado. La tabla 1 muestra la subida del precio de la insulina basal en España desde

1990, expresado en coste/1000UI, el consumo mensual de un paciente medio.

**TABLA 1: Variación del Coste/1000UI (€) de la Insulina Basal en España entre 1995 y 2022**

| Laboratorio  | Medicamento                                       | Tipo     | Fecha de Alta | Fecha de Baja | Coste/1000UI | Incremento sobre NPH Berna 1995 |  |
|--------------|---|----------|---------------|---------------|--------------|---------------------------------|--|
| BERNA        | INSULINA NPH BERNA 40UI 1 VIAL 10ML               | Humana   |               | jul-95        | 3            |                                 |  |
| NOVO NORDISK | INSULINA INSULATARD NORDISK NPH 40UI/ML VIAL 10ML | Humana   |               | abr-92        | 11,7         | 397 %                           |  |
|              | INSULINA INSULATARD HUMANA 100UI/ML 5 CARTUCHOS   |          | ago-03        | 25,4          | 859 %        |                                 |  |
|              | LEVEMIR 100U/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS 3ML          | Detemir  | mar-05        |               | 52,3         | 1774 %                          |  |
|              | TRESIBA 100U/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML       | Degludec | ene-16        |               | 59,5         | 2017 %                          |  |
| LILLY        | HUMULINA NPH KWIKPEN 100UI/ML 6 PLUMAS 3ML        | Humana   | nov-98        |               | 25,4         | 859 %                           |  |
| SANOFI       | LANTUS 100 UNIDADES/ML OPTISET 5 PLUMAS 3ML       | Glargina | dic-03        | oct-15        | 51,2         | 1736 %                          |  |
|              | LANTUS SOLOSTAR 100 UNIDADES/ML 5 PLUMAS 3ML      |          | mar-16        |               | 37,5         | 1271 %                          |  |

Fuente: Elaboración Propia



En 1990 en España estaban comercializadas varias insulinas de diferentes laboratorios además de Lilly, NovoNordisk y Sanofi-Aventis. La última, de Berna, comercializada hasta 1995, es la que he utilizado para analizar el incremento del precio desde entonces: se comprueba que el precio de la insulina humana se ha incrementado un 859% y el de los análogos de insulina entre un 1.271% y un 2.017%, un incremento incluso mayor que el denunciado en EEUU (26).

Pero estos incrementos nada tienen que ver con sus costes de producción. Como muestra la Tabla 3, hasta 1995 en España el precio de la insulina NPH se relacionaba razonablemente con sus costes de producción más un beneficio del 20%. La entrada en vigor de los acuerdos fúnebres de los ADPIC y el monopolio creado por esas 3 empresas les han permitido dispararlos impunemente desde entonces y hoy nos exigen un precio que supera en un 500% su coste de producción.

Tabla 3: Costes de producción de las insulinas (28). Precios finales estimados con un margen de beneficio del 20% y precios reales en España (€)

| Laboratorio  | Medicamento               | Coste PA/Kg | Coste PA/día* | Coste Medio Producción Frasco 1000 UI | 2022 Precio Estimado/ 1000UI** | 2022 Precio real/ 1000UI | Sobre precio |
|--------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------|
| BERNA        | INSULINA NPH BERNA        | 21.780      | 0,037         | 2,68                                  | 4,21                           | 5,52**                   | 31 %         |
| NOVO NORDISK | INSULINA INSULATARD (NPH) | 21.780      | 0,037         | 2,68                                  | 4,21                           | 25.4                     | 503 %        |
|              | TRESIBA (Degludec)        | 93.550      | 1.37          | 5,15                                  | 8,62                           | 59,5                     | 590 %        |
| LILLY        | HUMULINA (NPH)            | 21.780      | 0,037         | 2,68                                  | 4,21                           | 25.4                     | 503 %        |
| SANOFI       | LANTUS (Glargina)         | 64.322      | 0,09          | 4,13                                  | 7,09                           | 37,5                     | 490 %        |

Fuente: (28) y Elaboración Propia. \*Estimando 40 UI/paciente y día. \*\*Actualizado por IPC

### Análogos de insulina: la gallina de los huevos de oro

Las insulinas del cerdo y bovina, ampliamente utilizadas hasta principios de los 80, según la terminología actual también son análogos de insulina: la insulina humana y la del cerdo sólo se diferencian en un aminoácido y la bovina en tres. Pero como ni la del cerdo ni la bovina son patentables aunque las produzcan por ingeniería genética, las reinventan para prolongar sus patentes creando otros análogos (Tabla 2) y no importa que los estudios no demuestren que sean mejores ni más seguros que la humana, nos los venden 20 veces más caros.

Tabla 2: Modificaciones de la estructura (en rojo) de la insulina humana en sus análogos

| Tipos de Insulina |         | Cadena Posición y Aminoácido |     |     |          |     |              |     |            |
|-------------------|---------|------------------------------|-----|-----|----------|-----|--------------|-----|------------|
|                   |         | Cadena A                     |     |     | Cadena B |     |              |     |            |
|                   |         | 8A                           | 10A | 21A | 3B       | 28B | 29B          | 30B | C-terminal |
| Humana            |         | Thr                          | Ile | Asn | Asn      | Pro | Lis          | Thr |            |
| Cerdo             |         |                              |     |     |          |     |              | Ala |            |
| Bovina            |         | Ala                          | Val |     |          |     |              | Ala |            |
| Análogo           | Rápidas | Lispro                       |     |     |          | Lis | Pro          |     |            |
|                   |         | Aspart                       |     |     |          | Asp |              |     |            |
|                   |         | Glulisina                    |     |     | Lis      |     | Gln          |     |            |
|                   | Lentas  | Glargina                     |     |     | Gli      |     |              |     | +Arg-Arg   |
|                   |         | Determir                     |     |     |          |     | Lis+R13-COOH |     | ---        |
|                   |         | Degludec                     |     |     |          |     | Lis+R15-COOH |     | ---        |

Thr: Treonina. Ile: Isoleucina. Asn: Asparragina. Pro: Prolina. Lis: Lisina. Ala: Alanina. Val: Valina. Asp: Ac. Aspártico. Gln: Glutamina. Gli: Glicina. Arg: Arginina. R13-COOH: Ac. Mirístico. R15-COOH: Ac. Palmítico  
Fuente: Elaboración propia

Como la insulina tiene 51 aminoácidos y cada uno podría ser sustituido por cualquiera de los 20 aminoácidos proteínogénicos que existen, como han hecho con la Aspart imitando al cerdo, o permutarlos de dos en dos como han hecho con la Lispro, o sustituir un aminoácido terminal por un ácido graso saturado, como han hecho con la detemir y degludec, las posibilidades de esta gallina de los huevos de oro para crear análogos son casi ilimitadas. Poco parece importar si aportan poco o nada o si son más mutagénicos, casi todo vale en el altar de las patentes para mantener el monopolio y multiplicar los precios. Imitan al cerdo y lo llaman innovación.

### **Parasitan la ciencia**

En la historia científica de la Insulina hay nada menos que 6 Premios Nobel galardonados: en 1923 Frederick Banting y John Macleod por su descubrimiento, en 1958 Frederick Sanger que descubrió su secuencia de aminoácidos, en 1964 Dorothy Hodgkin por descubrir su estructura terciaria (tridimensional), en 1974 Christian de Duve que descubrió su mecanismo de acción y en 1980 de nuevo Frederick Sanger fue galardonado con su segundo Premio Nobel por secuenciar el primer genoma completo de un organismo, un virus, que sentó las bases de la secuenciación genética y sin cuyo descubrimiento no existirían los análogos de insulina. (29,30,31,32,33)

Y con ellos una mirada de investigadores y clínicos que en muy pocos años consiguieron resultados que ya apuntaban al milagro que es hoy: en 1927 la mortalidad había caído del 38% al 5%, en 1933 se descubrió que añadiendo zinc cristaliza formando hexámeros y desde entonces todas excepto la glulisina lo llevan; y en 1935 se descubrió que añadir protamina prolongaba su efecto, usándose desde entonces. (34,35)

Pero ahora los mercaderes que la fabrican, que apenas aportan nada a la ciencia, que se

limitan a aprovecharse de ella y a especular en régimen de monopolio dejando sufrir y morir a las personas que no pueden pagar (19), blanden sus patentes que parasitan la ciencia y dicen que son necesarias para poder seguir investigando. Pero mienten y hasta el presidente del Comité de Finanzas del Senado de EEUU lo sabe y afirma que “El precio de los medicamentos debería recompensar la innovación científica, no el juego del sistema de patentes” (36), que una investigación efectuada por el Congreso desenmascara (37), revelando que en el periodo 2016-2020 las multinacionales farmacéuticas gastaron más en recompras de acciones y dividendos que en investigación y desarrollo. Y lo más ruin, que “dedicaron una parte significativa de sus gastos de I+D a la investigación para ampliar los monopolios de mercado, apoyar las estrategias de marketing y suprimir la competencia”. ¿Se puede ser más hipócrita?

El ciclo de vida de este parásito, inicialmente de 20 años, no ha dejado de incrementarse y hoy la longevidad de la patente de la insulina ya ha superado a la esperanza de vida del ser humano. El próximo año cumplirá cien años desde que nació como patente humanitaria y hoy, convertida en el monopolio que su descubridor quería evitar, sigue más fuerte que nunca gracias a pequeñas mutaciones con las que las multinacionales farmacéuticas que controlan el monopolio, la rejuvenecen para encarecerla, practicando “evergreening” mientras los reguladores miran para otro lado.

Por eso hoy, cuando una investigación científica apunta a un resultado clínico importante, aparece una multinacional farmacéutica que la compra a cualquier precio, finaliza el desarrollo clínico del medicamento, lo patenta, especula con él pidiendo un precio que sólo una parte de la humanidad podrá pagar, condenando al resto (6), y cierra con siete llaves los datos de la investigación para que nadie más pueda hacer uso de ella. Porque los tiburones financieros que dirigen las multinacionales

farmacéuticas y su cohorte de asesores legales y económicos, donde los demás vemos vidas humanas sólo ven dinero. Y lo llaman ciencia.

Cuando en 1972 Pablo Guerrero compuso “A cántaros”, ya nos alertaba a modo de premonición que “ellos planearán vender la vida y la muerte y la paz”, y tan solo 23 años después lo consiguieron. Con los acuerdos fúnebres de Marrakech ya nos venden la vida “en cómodos plazos de felicidad”, a los que puedan pagarlos, pero para los demás han creado un nuevo holocausto, una nueva forma de esclavitud y sufrimiento que es necesario abolir.

De aquellos barrocos estos lodos y por eso “Tiene que llover, tiene que llover, tiene que llover. Tiene que llover a cántaros”. (38)

Porque las patentes en los medicamentos no son ciencia, son especulación y muerte. Son sólo un derecho inhumano.

## Bibliografía

1. El CEO de Moderna donará su multimillonario plan de retribución en acciones. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2022/05/24/companias/1653408083\\_324664.ht](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2022/05/24/companias/1653408083_324664.ht)
2. Érase una vez. Paco Ibáñez en el Olimpia de París 1969. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://www.youtube.com/watch?v=qSC3N9I7E\\_4](https://www.youtube.com/watch?v=qSC3N9I7E_4)
3. Escrito a Albert Bourla CEO de Pfizer. Interfaith Center on Corporate Responsibility. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://www.iccr.org/sites/default/files/resources\\_attachments/final\\_pfizer-paxlovid\\_4-20-22.pdf](https://www.iccr.org/sites/default/files/resources_attachments/final_pfizer-paxlovid_4-20-22.pdf)
4. Solicitud de licencia obligatoria de Paxlovid en la República Dominicana. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/Paxlovid-DR-request-ES.pdf>
5. Los largos y extraños ADPIC: la sórdida historia de cómo las vacunas se convirtieron en propiedad intelectual. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.sinpermiso.info/textos/los-largos-y-extranos-adpic-la-sordida-historia-de-como-las-vacunas-se-convirtieron-en-propiedad>
6. AJM. Nº 1. La patente en los medicamentos: El nuevo Titanic. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://accesojustomedicamento.org/la-patente-en-los-medicamentos-el-nuevo-titanic/>
7. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
8. Edward Jenner, probablemente el científico que más vidas ha salvado en la historia. Internet. Disponible en [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/edward-jenner-probablemente-cientifico-que-mas-vidas-ha-salvado-historia\\_14242](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/edward-jenner-probablemente-cientifico-que-mas-vidas-ha-salvado-historia_14242)
9. La primera misión humanitaria de la historia. Expedición Balmis: los niños que llevaron la vacuna de la viruela a América. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/expedicion-balmis-ninos-que-llevaron-vacuna-viruela-a-america\\_15225](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/expedicion-balmis-ninos-que-llevaron-vacuna-viruela-a-america_15225)
10. Balmis: La expedición española que llevó la vacuna de la viruela a Asia y América. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/balmis-la-expedicion-espanola-que-llevo-la-vacuna-de-la-viruela-asia-y-america>

11. La Real Expedición Filantrópica de la vacuna y su significado histórico. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5.pdf>
12. Defining Moments Canada. Insulin 100 patent protection. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://definingmomentscanada.ca/insulin100/timeline/patent-protection/>
13. Patentes Históricas: El cinturón de seguridad. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.madrimasd.org/blogs/patentesymarcas/2014/patentes-historicas-el-cinturon-de-seguridad/>
14. AJM. Nº 5. Las patentes en los medicamentos: la bolsa o la vida. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://accesojustomedicamento.org/las-patentes-en-los-medicamentos-la-bolsa-o-la-vida/>
15. Amnistía Internacional, Dosis doble de desigualdad: Las empresas farmacéuticas y la crisis de las vacunas contra la COVID-19, (Índice: POL 40/4621/2021), septiembre de 2021, <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/sites/4/2021/09/POL4046212021SPANISH.pdf>
16. La historia del acuerdo ADPIC y los cuidados que los países deben tener. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.derechosintelectuales.gob.ec/la-historia-del-acuerdo-adpic-y-los-cuidados-que-los-paises-deben-tener/>
17. Fundamentos de propiedad intelectual: Preguntas y respuestas para estudiantes. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/wipo\\_pub\\_1056.pdf](https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/wipo_pub_1056.pdf)
18. Informe Especial 301. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://hmong.es/wiki/Special\\_301\\_Report](https://hmong.es/wiki/Special_301_Report)
19. Versión europea del informe 301: actuación ante la posible lista de vigilancia de la Unión Europea. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.mision-salud.org/2018/04/version-europea-del-informe-301-comision-europea/>
20. Darby Herkert, et al., Cost-related Insulin Underuse Among Patients with Diabetes, JAMA NETWORK (Jan. 2019), <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2717499>
21. Improving access to insulin. Bull World Health Organ. 2021 Apr 1;99(4):246-247. doi: 10.2471/BLT.21.020421. PMID: 33953440; PMCID: PMC8085633.
22. Banting House. Birthplace of insulin. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://bantinghousehsc.wordpress.com/2018/12/14/insulin-patent-sold-for-1/>
23. Un poco de Historia. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.lilly.es/historias/We-Are-Lilly/Un-poco-de-historia>
24. Historia de Novo Nordisk. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://www.novonordisk.es/content/dam/Spain/AFFILIATE/www-novonordisk-es/Home/ContactUs/images/Novo\\_Nordisk\\_Su\\_Historia\\_Febrero\\_2015.pdf](https://www.novonordisk.es/content/dam/Spain/AFFILIATE/www-novonordisk-es/Home/ContactUs/images/Novo_Nordisk_Su_Historia_Febrero_2015.pdf)
25. Oskar Minkowski (1858-1931). [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.historiadelamedicina.org/minkowski.html>
26. Insulin: a case study for why we need a public option in the pharmaceutical industry. Dana Brown and Elizabeth Pfister. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.statnews.com/2019/09/10/insulin-public-option-pharmaceutical-industry/>
27. Faunce, T.A., Lexchin, J. 'Linkage' pharmaceutical evergreening in Canada and Australia. Aust N Z Health Policy 4, 8 (2007). [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible

- e n <https://doi.org/10.1186/1743-8462-4-8>
28. Dzintars Gotham, Melissa Barber, and Andrew Hill, "Production Costs and Potential Prices for Biosimilars of Human Insulin and Insulin Analogues" *BMJ Global Health*, 2018; 3(5): e 0 0 0 8 5 0 , <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6157569/>
  29. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1923. NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2022. Thu. 28 Apr 2022. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1923/summary/>
  30. The Nobel Prize in Chemistry 1958. NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2022. Tue. 10 May 2022. <<https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1958/summary/>
  31. The Nobel Prize in Chemistry 1964. NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2022. Tue. 10 May 2022. <<https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1964/summary/>
  32. Christian de Duve – Facts. NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2022. Tue. 10 May 2022. <<https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1974/duve/facts/>
  33. The Nobel Prize in Chemistry 1980. NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2022. Tue. 10 May 2022. <<https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1980/summary/>
  34. MacDermon HE. Insulin and diabetes. *CMAJ*. 1927; 17: 1528
  35. The Connaught Fund. From Insulin to Heparin: Innovation at Connaught Labs During the 1930s. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://connaught.research.utoronto.ca/history/article5/>
  36. US Senate, Senate Finance Committee, Chairman Ron Wyden. Principles for Drug Pricing Reform, Junio 2021. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.finance.senate.gov/imo/media/doc/062221%20SFC%20Drug%20Pricing%20Principles.pdf>
  37. Drug Pricing Investigation. U.S. House of Representatives. December 2021. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en [https://oversight.house.gov/sites/democrats.oversight.house.gov/files/DRUG\\_PRICING\\_REPORT\\_WITH\\_APPENDIX%20v3.pdf](https://oversight.house.gov/sites/democrats.oversight.house.gov/files/DRUG_PRICING_REPORT_WITH_APPENDIX%20v3.pdf)
  38. A cántaros. Pablo Guerrero en el Olimpia de París 1975. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2022]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=OZ9mIfEy2Y>



## ORIGINAL

# Equidad en la prescripción de medicamentos para personas mayores que viven en centros sociosanitarios



**María Victoria Zunzunegui.**

Profesora honoraria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal.

[maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca](mailto:maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca)

## Introducción

Las personas mayores que viven en centros sociosanitarios en España constituyen una población muy desconocida y, como se ha puesto de manifiesto durante la pandemia COVID-19, muy vulnerable y olvidada. No se dispone de un sistema de información que permita conocer quiénes son estas personas, cuáles son sus condiciones de vida y cómo se vive y se muere en estos centros.

En base a pequeños y aislados estudios, tenemos alguna información sobre su estado de salud, estado funcional y causas de mortalidad. Generalmente, no se detalla su composición sociodemográfica y económica. Tampoco hemos podido encontrar informes a nivel estatal sobre la atención sanitaria, el uso de servicios de atención primaria, urgencias, hospitalizaciones o consumo de fármacos en este medio residencial. Ahora, después de la muerte de casi 35.000 personas mayores por COVID-19 en residencias, hemos empezado a reconocer que esta gran opacidad sobre el mundo de los cuidados residenciales tiene consecuencias graves para la salud y el bienestar de esta población, consecuencias que se han hecho patentes durante la pandemia. En este artículo nos proponemos analizar la información disponible sobre la adecuación de la prescripción farmacéutica en la población de personas mayores que viven en residencias.

Comenzaremos por la identificación de los artículos que tratando sobre el consumo de

medicamentos de la población mayor institucionalizada en España hayan sido publicados en la base de datos PubMed entre enero de 2020 y mayo de 2022. Examinaremos la frecuencia de la polimedicación y de las prescripciones inadecuadas en el contexto actual de atención sanitaria a las residencias de personas mayores en España. Concluiremos con una discusión que tendrá como referencia la situación del consumo de medicamentos en las residencias de varios países europeos. Por último, revisaremos las estrategias llevadas a cabo para reducir la prescripción inadecuada y optimizar el uso de los medicamentos, incluyendo los cambios en la organización de la atención sanitaria en las residencias, la evaluación multidisciplinar continua de la medicación y la formación de los trabajadores.

## ¿Qué se prescribe y como se prescribe en las residencias de España?

Hemos encontrado dos artículos sobre el tema publicados entre enero del 2020 y mayo del 2022. Ambos están realizados sobre la población de una residencia de León: Participan 222 residentes mayores de 65 años, con edad mediana de 86 años y rango de edad entre 65 y 107 años. Dos tercios son mujeres. No se informa sobre el estado socioeconómico o el nivel educativo de esta población, pero se describe una población con las patologías propias de estas edades avanzadas. Las tres patologías más frecuentes fueron la hipertensión (55%), el deterioro

cognitivo (34%) y las cataratas (31%). Todos los pacientes tienen dos o más trastornos crónicos. Se informa de que la polifarmacia (definida como el consumo de 5 o más fármacos) afecta al 79% de los residentes, que toman una media de 7 medicamentos/residente en total 1.545 fármacos. Además, el análisis de la medicación produce los siguientes resultados: el 97% de los residentes toma medicación probablemente inadecuada, el 81% presenta potenciales interacciones medicamentosas y el 25% de ellos recibe fármacos con interacciones potencialmente graves o moderadas (Cadenas et al., 2021; Díez et al., 2022). Los autores afirman que este es probablemente el primer estudio publicado en la prensa científica sobre la polifarmacia y los problemas relacionados con los fármacos en el medio residencial español.

Hay un tercer artículo que cubre parcialmente el tema, ya que se realiza en dos residencias localizadas en la corona urbana de Madrid y que se dedican a personas con deterioro cognitivo y demencia. Participan 147 residentes, con una media de 88 años de edad. Según sus historias clínicas, el 15% tienen deterioro cognitivo ligero y el restante 85% demencia de diversos grados. En este estudio se examina la medicación con psicótrpos y se evalúa una intervención para optimizar la medicación en este tipo de pacientes. Los residentes consumen como media 7,8 medicamentos al día, incluyendo 1,9 medicamentos psicótrpos al día. El 77% de los residentes consume antidepresivos, el 39% neurolépticos atípicos, el 18% antiepilépticos, el 5% consume diariamente benzodiacepinas de larga y media duración y el 9% otros sedativos.

Un último artículo se orienta a identificar las interacciones medicamentosas en 10 residencias de Murcia. Mediante la revisión de la medicación de 275 personas, se encontraron 210 potenciales interacciones y de ellas el 57% tenían relevancia clínica.

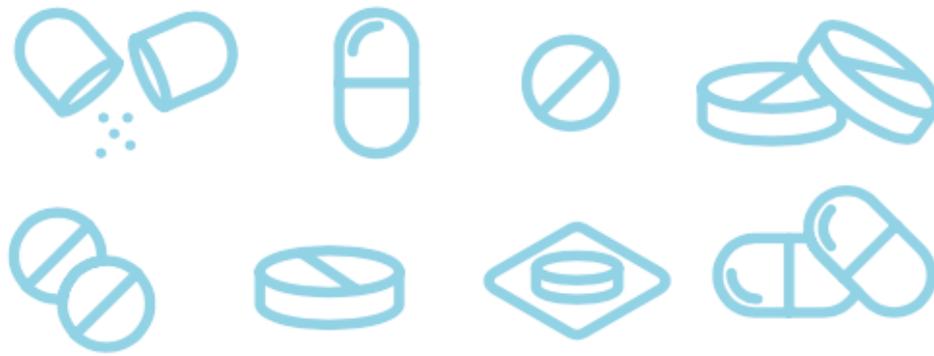
### **¿Qué nos dicen los estudios realizados en los países europeos y Norteamérica?**

Una revisión sistemática sobre el tema escapa a la finalidad de este artículo que solo se propone identificar un problema de equidad en la prescripción de medicamentos que afecta a los mayores que viven en residencias de España. A continuación, presentaremos resultados y conclusiones de algunos estudios publicados en los últimos 30 meses.

En los artículos consultados se reconoce que hay un problema de prescripción inapropiada de los medicamentos en la población que vive en residencias y que generalmente esta prescripción inapropiada tiene graves consecuencias para la salud, aumentando incluso la mortalidad a corto plazo después de la admisión en una residencia y la exposición a esta mala práctica (Grill et al., 2021; Herr et al., 2017). Se observa que la frecuencia de prescripción inapropiada aumenta con la duración de estancia en una residencia (Sönnnerstam et al., 2022). Algunos autores se preguntan por qué se encuentra una polifarmacia tan elevada y tan elevada frecuencia e interacciones medicamentosas con posibles efectos adversos para los residentes. Se citan diversas causas: errores en el diagnóstico y en el tratamiento, ausencia de evaluaciones periódicas de los medicamentos prescritos realizadas por equipos multidisciplinares, falta de formación continua e interdisciplinar del personal sanitario, la consabida falta de tiempo, y la falta de metas terapéuticas en una población. También están documentados los extremos de la contención química, el uso excesivo de psicótrpos para contener los comportamientos conflictivos de algunos residentes, y la omisión, es decir, la falta de prescripción de tratamientos que serían adecuados en cada caso concreto.

### **¿Qué se puede hacer?**

Se propone trabajar en dos líneas: 1) reducir el número de medicamentos (deprescripción) y 2) optimizar la prescripción con los



medicamentos más seguros y eficaces. No son estrategias contradictorias sino complementarias. La deprescripción es difícil pero muy necesaria (Bednarczyk et al., 2022; Kua et al., 2021). Requiere trabajo interdisciplinar, un fuerte equipo de cuidados sociales y sanitarios y una formación y condiciones de trabajo que permitan introducir cambios en la medicación. La optimización consiste en identificar la terapia óptima dadas las características de cada paciente, teniendo en cuenta el entorno en el que vive y la posibilidad de iniciar terapias no farmacológicas. Aquí se enmarca la experiencia CHROME (Chemical Restrain Avoidance Methodology), descrita por los autores ya citados en las dos residencias de Madrid (Muñiz et al., 2021).

Estas intervenciones son costosas, pero son eficaces y los resultados son relevantes para mejorar la calidad de vida y la salud de los mayores que viven en residencias (Hanson et al., 2021). En Cataluña se ha desarrollado una intervención basada en la revisión individual del consumo de medicamentos para reducir la prescripción inadecuada en una población de mayores que vive en residencias y en otra población de mayores que vive en la comunidad. La intervención se ha evaluado después de tres meses y el resultado es sorprendente. La disminución del uso inapropiado de medicamentos fue mayor en las residencias. Los autores explican que el desarrollo de este tipo de intervención en un ambiente más controlado puede ser más sencilla que en la comunidad (Molist-Brunet et al., 2022). Estos son resultados prometedores. Hay muchas intervenciones actualmente en desarrollo que

se benefician de la digitalización de las recetas y las historias clínicas. Técnicamente sería posible pero falla el factor humano.

De nuevo, estamos en una situación que depende de los valores de equidad y justicia social. ¿Debe nuestra sociedad mejorar la atención social y sanitaria que reciben las personas mayores que viven en residencias y equiparar los derechos de estas personas a los del resto de la ciudadanía? Se debería atender a las personas mayores que viven en las residencias a través de la red de Atención Primaria de Salud en condiciones comparables a las de los mayores que viven en sus domicilios. Actualmente, las personas mayores que viven en residencias utilizan a los equipos de Atención Primaria para conseguir las prescripciones farmacéuticas a cargo del Sistema Nacional de Salud y con frecuencia sin incluir la atención integral a la salud que debería de prestar la Atención Primaria. La Atención Primaria está infrafinanciada y en algunas Comunidades Autónomas, colapsada. En este escenario, la medicación de las personas mayores que viven en residencias no está en el punto de mira de las autoridades políticas.

Incluso si no se comparten los valores de la justicia social, es necesaria una reflexión sobre los cuidados al final de la vida, entre los que se incluye la prescripción de medicamentos. La falta de información sobre lo que ocurre en las residencias es muestra de un déficit de justicia. Si no sabemos, no detectamos los problemas y no actuamos. No podemos consentir que continúe esta situación, aunque solo sea por egoísmo. Nuestro futuro, si nuestra muerte

no se produce como resultado de una enfermedad con un curso corto, será vivir con pérdidas de autonomía y, en este caso, muchos pasaremos la última parte de nuestra vida en una residencia. Deberíamos procurar como sociedad un mejor entorno residencial, un lugar para minimizar el dolor y optimizar la calidad de vida.

## Referencias

- Bednarczyk, E., Cook, S., Brauer, R., & Garfield, S. (2022). Stakeholders' views on the use of psychotropic medication in older people: a systematic review. *Age and Ageing*, 51(3). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac060>
- Cadenas, R., José Díez, M., Fernández, N., García, J. J., Sahagún, A. M., Sierra, M., López, C., Susperregui, J., Díez, R., & Carmona-Torres, M. (2021). Prevalence and Associated Factors of Polypharmacy in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 2037. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042037>
- Díez, R., Cadenas, R., Susperregui, J., Sahagún, A. M., Fernández, N., García, J. J., Sierra, M., & López, C. (2022). Drug-Related Problems and Polypharmacy in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074313>
- Grill, P., Marwick, C., de Souza, N., Burton, J. K., Hughes, C., & Guthrie, B. (2021). The burden of psychotropic and anticholinergic medicines use in care homes: population-based analysis in 147 care homes. *Age and Ageing*, 50(1), 183–189. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa122>
- Hanson, H. M., Léveillé, T., Cole, M., Soril, L. J., Clement, F., Wagg, A., & Silvius, J. (2021). Effect of a multimethod quality improvement intervention on antipsychotic medication use among residents of long-term care Quality improvement report. *BMJ Open Quality*, 10, 1211. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001211>
- Herr, M., Grondin, H., Sanchez, S., Armaingaud, D., Blochet, C., Vial, A., Denormandie, P., & Ankri, J. (2017). Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5). <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2193-z>
- Kua, C.-H., Yeo, C. Y. Y., Tan, P. C., Char, C. W. T., Tan, C. W. Y., Mak, V., Leong, I. Y.-O., & Lee, S. W. H. (2021). Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 82-89.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.012>
- Molist-Brunet, N., Sevilla-Sánchez, D., Puigoriol-Juventeny, E., Bajo-Peñas, L., Cantizano-Baldo, I., Cabanas-Collell, L., & Espauella-Panicot, J. (2022). Individualized Medication Review in Older People with Multimorbidity: A Comparative Analysis between Patients Living at Home and in a Nursing Home. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3423. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063423>
- Muñiz, R., López-Álvarez, J., Perea, L., Rivera, S., González, L., & Olazarán, J. (2021). CHROME Criteria and Quality of Life: A Pilot Study from Maria Wolff-Albertia. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 5(1), 613–624. <https://doi.org/10.3233/ADR-210015>
- Sönnnerstam, E., Gustafsson, M., & Lövheim, H. (2022). Potentially inappropriate medications in relation to length of nursing home stay among older adults. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12877-021-02639-3>

## DISOLUCIÓN DE LA PLATAFORMA GALLEGA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C

---

### La Plataforma Gallega de Afectados por la Hepatitis C ha acordado su disolución una vez alcanzados los objetivos para los que fue creada



*La Asamblea decidió donar los fondos de la Plataforma a la Asociación de Niñas y Niños Diabéticos de Galicia y a la Federación Gallega de Enfermedades Raras.*

### Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C

Nota de prensa

Una asamblea extraordinaria celebrada en la Casa de Cultura do Milladoiro, a la que asistieron casi medio centenar de socios, acordó ratificar la propuesta realizada por la Junta Directiva de poner fin a la vida de esta asociación que nació en diciembre de 2014 para reunir a los enfermos de hepatitis C en la lucha por el acceso a antivirales directos de última generación.

La presencia de sus integrantes en las calles y hospitales e instituciones ha ido exigiendo constantemente a las autoridades de salud el acceso a medicamentos que han demostrado tener más del 98% de efectividad en la curación de esta mortal infección crónica. Estas acciones reivindicativas tuvieron su momento de mayor tensión en los hechos ocurridos el 11 de febrero de 2015 en el Parlamento de Galicia cuando los diputados del Partido Popular anularon con sus votos una propuesta no de ley que instaba a los gobiernos de la Xunta y del estado a dispensar el medicamento a aquellos pacientes a los que les fue prescrito por los especialistas del sistema público. La reacción de la gente de la Plataforma que ocupaba la tribuna pública provocó su expulsión del hemiciclo del Hórreo.

Entre las reivindicaciones iniciales de esta plataforma estaba exigir que los

procedimientos por los que se autorizaba o denegaba la dispensación de tratamientos fueran transparentes y, por tanto, que se hiciera pública la composición del subcomité médico del SERGAS que tomaba las decisiones para cada caso en el que había prescripción médica. Ante la negativa de la Xunta a hacer pública la lista de sus miembros, fue la Plataforma la que, en una rueda de prensa celebrada en Santiago de Compostela el 14 de febrero de 2015, desveló quiénes eran.

La constante presión ejercida por esta plataforma, junto a su organización hermana, el PLAFHC, radicada principalmente en Madrid, fue decisiva para la aprobación en abril de 2015 del *Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C*, instrumento que abrió la puerta a que las personas con esta enfermedad accedieran a los medicamentos, disolviéndose las comisiones administrativas que hasta entonces constituían el mayor escollo. La Plataforma Gallega estuvo presente en la Comisión de Seguimiento de la Ejecución del Plan que se constituyó en el Ministerio de Sanidad y mantuvo su lucha para que los tratamientos, que inicialmente estaban reservados para las personas enfermas en situaciones clínicas más graves, pudieran prescribirse a todas las personas infectadas,

**Acuerdo de disolución una vez alcanzados los objetivos**

independientemente de su grado clínico, lo que se conseguiría con la reforma del Plan en junio de 2017.

La Plataforma también protagonizó una campaña para exigir que los medicamentos llegasen a las cárceles. Tras entrevistarse con personas reclusas, algunos en estado grave, internados en varios centros penitenciarios gallegos, los miembros de la Plataforma trasladaron la situación a los distintos grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados, así como a la Fiscalía Superior de Galicia que abrió diligencias informativas al respecto. Finalmente, los nuevos fármacos también llegaron en condiciones de equidad a esta población.

A su vez, también fue importante el papel que desempeñó la Plataforma en la denuncia pública de muertes por hepatitis C en ausencia de tratamiento, que en muchos casos eran prevenibles. Esta función de denuncia activa se materializó con su incorporación como parte acusadora en el proceso abierto en un juzgado de Santiago contra el entonces Director General de Asistencia Sanitaria del SERGAS, Félix Rubial, y la Subdirectora General de Farmacia, Carolina González-Criado, tras la denuncia interpuesta ante el juzgado por la Fiscalía por las muertes puestas en su conocimiento por la asociación de profesionales sanitarios de Batas Blancas.

Durante la Asamblea de disolución, la Presidenta de la Asociación, **Elena Rivas**, resumió los motivos de su disolución: “Esta plataforma nació para que las personas enfermas pudieran ser atendidas y curadas. Costó mucho trabajo y esfuerzo por parte de la gente que, en muchos casos, teníamos pocas fuerzas por cómo nos había minado la enfermedad. Sin embargo, esta lucha ha valido la pena y los esfuerzos que hemos realizado juntos han ayudado a garantizar que hoy cualquier persona con hepatitis C reciba tratamiento, independientemente de su condición. Por lo tanto, podemos decir con orgullo que todas nuestras metas como asociación se han conseguido”.

Por su parte, el expresidente y vocal de la Plataforma, **Quique Costas**, afirmó que “hemos llegado al final de un viaje apasionante. Un camino en el que tuvimos que luchar contra tempestades, en el que nuestra fuerza estuvo en el apoyo mutuo y la solidaridad que recibimos por la mayoría de la sociedad. Hoy cerramos el día con la satisfacción de saber que nuestra lucha ha servido para salvar, literalmente, miles de vidas. Pero también con el dolor del recuerdo de los que quedaron en el camino. Nuestra victoria no nos hará olvidar el dolor que se nos infligió, ni los muros de indiferencia, desprecio y falta de empatía que tuvimos que derribar”.

### **Donaciones**

La Asamblea también acordó, de conformidad con lo previsto en los estatutos de la asociación en caso de disolución de la misma, hacer una donación de los fondos existentes a organizaciones afines con los de la propia Plataforma. Después de discutir diferentes opciones, se acordó por unanimidad distribuir estos fondos entre dos asociaciones de pacientes.

Se trata de la *Asociación de Niñas y Niños Diabéticos de Galicia* (ANEDIA), una entidad que da apoyo a familias con miembros que padecen Diabetes Tipo 1 y que lucha por un mayor apoyo de las instituciones públicas que ayuden a mejorar las condiciones de vida de estos pacientes, en su mayoría, pediátricos.

La otra asociación a la que se destinarán estos fondos es la *Federación Gallega de Enfermedades Raras* (FEGEREC) para apoyar su labor de sensibilización sobre la necesidad de investigar en enfermedades raras y sus programas de apoyo a las personas y familias que las padecen.

Cada una de las asociaciones, una vez liquidadas las cuentas de la Plataforma, recibirá una donación de una cantidad algo superior a los 2.500 euros.

## DISOLUCIÓN DE LA PLATAFORMA GALLEGA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C

---

### Crónica de una lucha de éxito por el acceso a los tratamientos. Se disuelve la Plataforma Galega de Personas Afectadas pola Hepatite C



*El pasado día 21 de mayo se producía un hecho insólito: una organización de pacientes decidía autodisolverse «por haber alcanzado los objetivos para los que fue creada». Después de más de siete años de activismo, la Plataforma Galega de Afectadas y Afectados pola Hepatite C deja de existir al decidir no convertirse en una organización de pacientes «al uso».*

#### Enrique Costas Bastero

Experesidente de la Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C.

El 19 de diciembre de 2014 se reúnen en un hotel de Vigo un grupo de pacientes con hepatitis C crónica que habían ido contactando entre sí desde la primavera y deciden constituirse en Plataforma Galega de Afectados. Previamente, el 22 de noviembre se había constituido en Madrid la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C (PLAFHC).

Ambas organizaciones, una en el ámbito gallego y la otra, aunque con desigual implantación, en la mayoría de los demás territorios del Estado, articulan un movimiento con características muy diferentes a las asociaciones de pacientes preexistentes. Hasta ahí prácticamente la única asociación de pacientes por VHC que existe en el panorama estatal, constituida al modo clásico (esto es, combinando la reivindicación de cuestiones concretas con fórmulas para-asistenciales), aparte de las muy específicas asociaciones de trasplantados hepáticos. Y esa diferencia radica en que centran todo su enfoque en una cuestión novedosa en España y en el ámbito de los países europeos occidentales: el acceso a los tratamientos. Se trata por tanto de una lucha de enfoque político en el

sentido de que lo que pretenden es *forzar* una decisión que constituye un cambio de rumbo en las políticas sanitarias.

Para entender el contexto sería preciso hacer un breve resumen de la situación en aquel momento. La mayoría de los pacientes diagnosticados de infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC) crónica llevábamos años, cuando no décadas, en seguimiento semestral o anual (dependiendo del grado de la enfermedad hepática) en las unidades especializadas correspondientes de los sistemas de salud.

Hasta entonces, los únicos tratamientos disponibles eran en base a combinaciones de Interferón Pegilado y Ribavirina. Unos fármacos de alta toxicidad que producían tremendos efectos secundarios durante cursos de tratamiento muy largos, de 24 a 48 semanas, según los casos. Cada tratamiento con Interferón, de administración semanal, significaba para la mayoría de quienes se sometían a ellos pasar cada semana entre dos y cuatro días con síntomas similares a los de una gripe fuerte (febrícula, dolores articulares y musculares, cansancio, malestar general...). Otros efectos secundarios de

ocurrencia frecuente eran fuertes picores, náuseas, irritabilidad y depresión. Como consecuencia, en muchos casos el tratamiento tenía que ser suspendido debido a la intolerancia del paciente. Por tanto, estos tratamientos tenían un fuerte impacto, no solo sobre la condición de las personas que se sometían a ellos, sino también en su entorno familiar y su capacidad laboral. En los casos en que el curso del tratamiento se completaba, la efectividad (lo que se denomina Respuesta Viral Sostenida, en siglas RVS) variaba entre un 41% y un 60%, dependiendo de cuál de los 4 genotipos de virus fuera el causante de la infección y del estadio de evolución de la enfermedad (1).

A partir de 2013, en nuestras visitas a los especialistas en hepatología, comenzamos a recibir información de los médicos que nos atendían de que estaba a punto de salir un nuevo fármaco que en las fases de ensayo clínico estaba demostrando, en asociación con otros tratamientos anteriores, una alta tasa de éxito en la curación de la hepatitis C. Además, afirmaban que este último carecía de efectos secundarios notables. Un rayo de esperanza comienza a filtrarse en el oscuro panorama con que divisábamos nuestro futuro.

En este instante, el nuevo fármaco, un principio activo denominado *Sofosbuvir*, es comercializado por la farmacéutica norteamericana *Gilead Sciences* bajo un nombre que se había de convertir en santo y seña de todo el movimiento que surgiría después: el *Sovaldi*. Este fármaco, de administración oral para tratamientos en combinación con los otros fármacos preexistentes, es aprobado para su uso terapéutico por la FDA (*Food and Drug Administration*) en diciembre de 2013. Esto supuso el paso definitivo para que llegara ya a aquellos enfermos que llevamos tanto tiempo (más de tres décadas en algún caso) a la espera de poder tener una nueva

oportunidad de despejar nuestro futuro en relación con la hepatitis C.

Pero aún era necesario un nuevo paso legal, que habitualmente se produce de modo casi automático después de superada la aprobación por la FDA: que reciba luz verde de la EMA (Agencia Europea del Medicamento) para que su uso médico sea legal en Europa. Este trámite se completa a mediados de enero de 2014. Hay que añadir que la aprobación de la agencia europea incluye, en diferentes combinaciones con otros fármacos y con diferentes duraciones de tratamiento, su indicación para los cuatro genotipos (variantes primarias) del VHC. Se trata, por tanto, de una esperanza universal desde el punto de vista de las personas afectadas. Tras lo dicho, todas las miradas de aquellos pacientes que permanecíamos en esa situación de espera se vuelven hacia el Ministerio de Sanidad. Lo que es necesario ahora es que este decida la incorporación del *Sovaldi* al catálogo de medicamentos que pueden ser prescritos dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El rayo de luz que se había abierto paso en nuestras esperanzas se ve pronto ensombrecido por una densa nube que se interpone cuando se revela que el coste inicial de la especialidad farmacéutica que comercializa *Gilead* se fija en 80.000 dólares, más de 65.000 euros, por cada tratamiento. Son tiempos de recortes, fervorosamente aplicados por el gobierno español del Partido Popular, por lo que todo hace presagiar que surgirán dificultades para acceder a este medio de curación. La intranquilidad comienza a instalarse, desplazando de lugar la alegre esperanza.

Así pues, era previsible que el acceso a ese ansiado tratamiento no sería ni mucho menos inmediato. Recordemos que eran tiempos de recortes en el gasto público, de políticas de austeridad impuestas desde la Unión Europea después de los años de crisis financiera. Y la consciencia de esa coyuntura

hizo que muchas de las personas afectadas comenzasen a madurar la idea de que sería necesario organizarse para presentar batalla.

La misma esperanza e inquietud a un tiempo se han instalado también entre los especialistas en enfermedades hepáticas. En febrero de 2014, la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) emite un comunicado en el que se afirma:

«Ahora nos encontramos ante una nueva situación, ya que la Agencia Europea del Medicamento (EMA) acaba de aprobar un nuevo fármaco, sofosbuvir, (...) que, mediante su combinación con otros fármacos que se encuentran aún en proceso de aprobación, como simeprevir y daclatasvir, se va a poder disponer, por primera vez, de un tratamiento oral que permita curar la hepatitis C sin la administración de la inyección de interferón. Mediante este nuevo tratamiento, vamos a conseguir unas tasas de curación de cerca del 90%, cuando antes nos encontrábamos en el 70% y, lo más importante, lo vamos a conseguir en periodos más cortos, sin casi efectos secundarios, y va a poder ser aplicado a un porcentaje mayor de pacientes infectados, con lo que vamos a ganar en aplicabilidad del tratamiento, en comodidad en cuanto a duración y efectos secundarios, así como en eficacia»(2).

Para, a continuación, reclamar una «Estrategia Nacional» ya que

«[...] son medicamentos que salvarán a un gran número de pacientes con enfermedades graves y queremos que el gobierno se dé cuenta de que realizar estos

tratamientos es una inversión y no un gasto, evitando elevados costes posteriores en cáncer, cirrosis, trasplante, etc., que son infinitamente más caros que estos. Hay que tener en cuenta, también, que gracias a la aparición de estos fármacos, dentro de unos años vamos a ver un descenso en el gasto por enfermedad hepática»(2).

Sin embargo, ni la zozobra que cada vez más pacientes muestran ni las consideraciones que se hacen desde las sociedades científicas que reúnen a los médicos especialistas españoles parecen hacer mella en las posiciones del Ministerio. De momento, la administración del Sofosbuvir sigue siendo restringida al llamado «uso compasivo», al mantenerse la vigencia del «Programa de Acceso Mediante Uso Compasivo a los Nuevos Medicamentos para el Tratamiento de la Hepatitis C Crónica» del 3 de enero de 2014. Un programa que restringiría su aplicación a estos tres supuestos:

«1) En lista de espera para trasplante hepático (documentada) y requieren tratamiento para prevenir la reinfección del injerto con el virus de la hepatitis C.

2) Trasplantados y que presentan una recurrencia agresiva de la infección que resulta en empeoramiento progresivo de la enfermedad hepática y presentan alto riesgo de descompensación o muerte dentro de los 12 meses siguientes si no reciben tratamiento.

3) Cirróticos (incluidos también aquellos trasplantados hepáticos) con riesgo inminente de

descompensación hepática o muerte dentro de los 12 meses siguientes» (3).

Es decir, aparte de los pacientes en lista de espera de trasplante, solo aquellos en los que se acredite una situación que comprometa su vida en menos de 12 meses pueden ser tratados. Desde el punto de vista de los pacientes, esto equivale a decirnos que nuestra única alternativa es continuar con nuestro proceso de deterioro, ya que solo seremos tratados cuando nuestra situación sea de extrema gravedad.

Los meses van pasando sin que se produzcan más novedades. Las quejas y testimonios de los pacientes van apareciendo cada vez más en los medios de comunicación. En declaraciones al diario *El País* publicadas el 7 de julio de 2014, el hepatólogo José Luis Calleja, secretario de la AEEH calcula que, «si se hace una lectura laxa de los criterios inicialmente fijados, hablaríamos de 30.000 pacientes en España. Siendo mucho más estrictos, no serían más de 3.000. En esos casos sí hay auténtica urgencia, insiste. Cada gran hospital español ha solicitado decenas de estos tratamientos por vía precoz. En la gran mayoría de los casos, la respuesta es que se siguen evaluando» (4).

En el mismo artículo se recogen las declaraciones de un portavoz del Ministerio de Sanidad: «Esperamos llegar a un acuerdo en las próximas semanas». Asegura no dar más datos para no perjudicar a la negociación. Pero sí que ofrece la cifra de pacientes que han sido tratados por la vía previa a la comercialización: 150. El dato demuestra lo que denuncian pacientes y médicos: hay millares de pacientes muy graves, o en riesgo de estarlo pronto, que no están accediendo a un fármaco que *cura*. En estas circunstancias, «para acceder a este tratamiento son necesarias la aprobación de

la Agencia Española del Medicamento y la del laboratorio. Se importa como medicamento extranjero. Pero no es el Ministerio de Sanidad el que paga, sino las comunidades autónomas o las mutuas», añade el artículo (4).

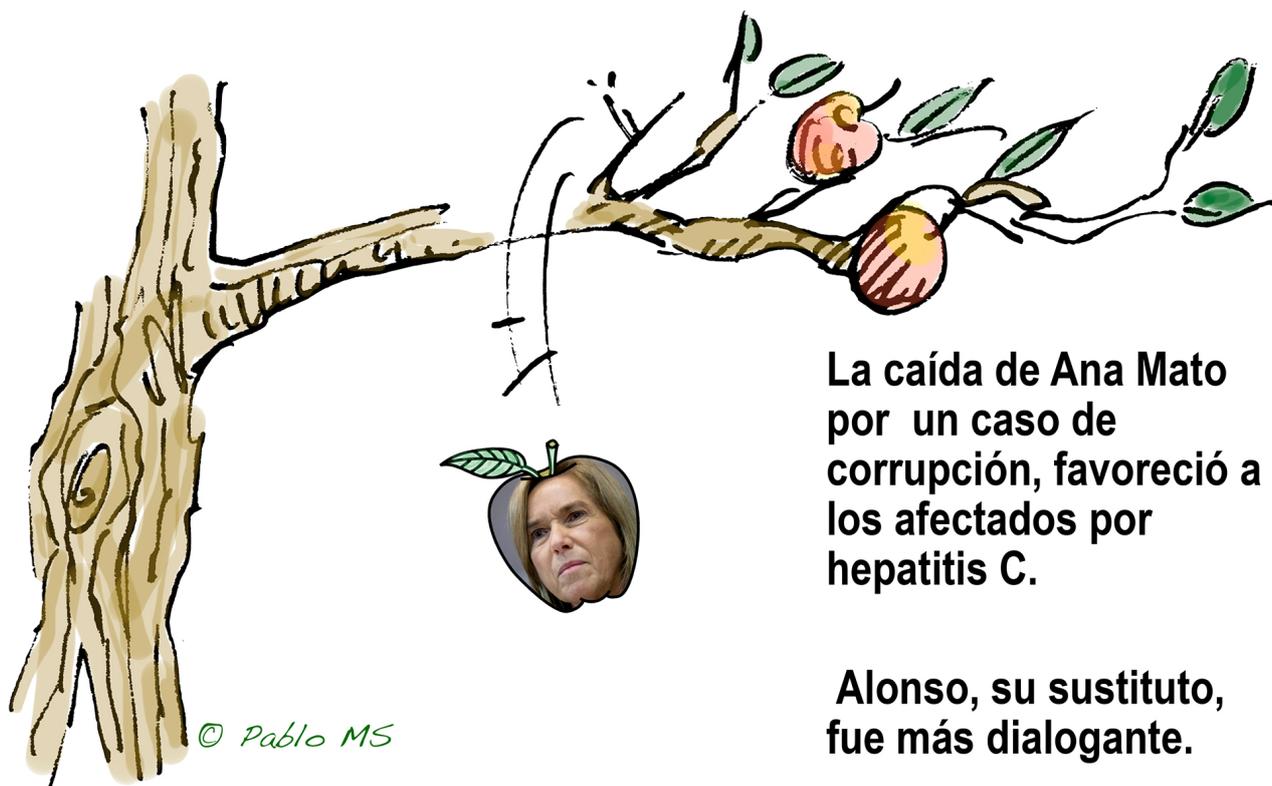
Al respecto, el único avance significativo en la incorporación de las nuevas estrategias al SNS para curar la hepatitis C se produce pasados 8 meses desde que la EMA aprobó el uso del Sovaldi. Es el 1 de agosto, cuando se incorpora el segundo principio activo que ha pasado los filtros de la FDA norteamericana y de la EMA en la Unión Europea: el Simeprevir, el primer antiviral de acción directa contra el VHC que se incorpora al sistema español de financiación pública. Un fármaco usado en muchos casos en combinación con el Sofosbuvir. Sin embargo, continúan sin producirse novedades en relación con la incorporación del Sovaldi, que se ha convertido ya en estandarte de la esperanza y la reivindicación de médicos y pacientes.

No será hasta el 1 de octubre de ese 2014 que el Ministerio de Sanidad anuncie: «La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha dado hoy su visto bueno a la financiación del medicamento Sovaldi, fabricado por la empresa Gilead, para el tratamiento de determinados grupos de pacientes afectados por la infección por el virus de la hepatitis C» (5). En la misma nota se explica que el techo de gasto para el primer año de dispensación en el sistema queda fijado en 125 millones de euros, lo que implica que su uso será restringido para poder garantizar que esa cifra no se viera superada. Aún después de esta nota, la incorporación efectiva al catálogo de medicamentos dispensables en el sistema público no se produce hasta el inicio del mes de diciembre.

La dispensación de los nuevos fármacos corresponde a las Comunidades Autónomas a través de sus respectivos sistemas de salud. Por ello se crean en cada una de ellas comités formados por directivos, médicos y farmacéuticos, cuya misión consiste en velar que su administración solo se produzca en los casos en que se cumplen los restrictivos criterios fijados por el Ministerio. La composición de estas comisiones es, en muchos casos, secreta. Se trata, como ya venía siendo norma en todo el proceso para la incorporación de estos medicamentos, de continuar manejando el asunto con absoluta falta de transparencia. Así, los médicos especialistas comienzan a prescribir para aquellos pacientes en situaciones más graves que, a su juicio, reúnen los requisitos objetivos fijados los nuevos antivirales de acción directa (AAD). Esas prescripciones pasan a la correspondiente comisión autonómica para su aprobación. No obstante, en muchos casos, la respuesta que debe autorizarlo no llega o es negativa. El papel de auténticos órganos del poder político que cumplen estos comités, en la

mayoría de las comunidades, con la función de evitar que el gasto se dispare sobrepasando los límites fijados en las negociaciones llevadas a cabo por Sanidad, se hace cada vez más evidente.

Es en el contexto hasta aquí descrito que algunos pacientes, ya en la primavera de 2014 y de forma aislada en diferentes partes del Estado, comenzamos a buscar el modo de ejercer presión política, conscientes de que una resolución favorable a nuestro único interés (la posibilidad de curarnos) solo será posible si conseguimos doblegar la determinación gubernamental de restringir en general el gasto, incluido el sanitario. No obstante, nos encontramos con una primera dificultad: no habrá presión si no nos *organizamos* y esto es sumamente difícil al tratarse de un colectivo oculto socialmente. Las personas infectadas por VHC no proclamamos, como otros colectivos de pacientes, nuestra condición. Como ya



**La caída de Ana Mato por un caso de corrupción, favoreció a los afectados por hepatitis C.**

**Alonso, su sustituto, fue más dialogante.**

hemos explicado, más bien tendemos a la ocultación de la enfermedad. Por tanto, ni siquiera nos conocemos entre nosotros.

El día 26 de noviembre se produce la dimisión de Ana Mato como ministra de Sanidad a causa de su implicación en la llamada «trama Gürtel», un escándalo de corrupción política y económica que afecta profundamente al Partido Popular. Es substituida por Alfonso Alonso, que enseguida hace declaraciones diciendo que hará «lo posible» para que los ansiados tratamientos lleguen «al mayor número de afectados». La PLAFHC se encarga de recordarle la impaciencia del colectivo organizando una demostración de fuerza al rodear con una cadena humana la sede del Ministerio en el Paseo del Prado el día 27 de diciembre. El relevo al frente del Ministerio tuvo un efecto significativo: frente a la completa cerrazón y enrocamiento mostrados por la ministra dimisionaria, Alonso parecía empeñado en transmitir una imagen más dialogante y comprensiva.

La Plataforma Galega comienza inmediatamente un trabajo que intenta dar a conocer entre los pacientes afectados, y a la sociedad en general, tanto su existencia como la problemática que se trata de resolver mediante los repartos de hojas informativas a las puertas de los hospitales. Esto propicia que cada vez más afectados se acerquen y se sumen, como estaba ocurriendo al mismo tiempo con el encierro que se llevaba a cabo en Madrid. En Galicia, la primera movilización pública se produce en la Praza do Obradoiro de Santiago de Compostela el día 4 de enero de 2015. Se trata de recibir una carta dirigida a los Reyes Magos, que siendo llevada desde Vigo en una carrera por relevos de atletas solidarios, en ella se denunciaba la actitud del gobierno y se les pide solución. En la concentración

participan más de medio millar de personas, entre ellas los miembros de la recién constituida Plataforma, parlamentarios de distintas formaciones políticas de izquierda y ciudadanos y ciudadanas que simplemente muestran su solidaridad.

Desde el encierro en el Hospital 12 de Octubre se convoca, a su vez, una marcha a La Moncloa para hacer llegar al Presidente del Gobierno las exigencias del colectivo. Miles de personas forman una marea roja (las camisetas que identifican al colectivo son de ese color) que avanza desde Legazpi hasta el Palacio de La Moncloa y en la que participan, entre otros, dirigentes del PSOE, Podemos, Izquierda Unida y UPyD. El entonces presidente de la PLAFHC, Mario Cortés, y vicepresidente, Damián Caballero, consiguen ser admitidos en el complejo de Presidencia y, ante la ausencia del presidente, hacen entrega del escrito que contiene las reivindicaciones del colectivo a dos miembros de su gabinete. Esta movilización es replicada con concentraciones a las puertas de hospitales o edificios públicos en ciudades como Málaga, Girona, Córdoba, Bilbao, Valencia o Badajoz. Estas movilizaciones ciudadanas marcan el punto de inflexión al poner en evidencia que la lucha ya no es apenas de un colectivo, sino que se trata de un problema y una reivindicación socialmente asumidas, con amplio apoyo ciudadano, que ya se ha instalado en el debate político y social. Porque lo que inicialmente era la lucha de un grupo de personas enfermas por acceder a un determinado fármaco se ha ido abriendo paso, de forma más o menos consciente, como una cuestión transversal de mayor dimensión: ¿cuál es el valor que la sociedad está dispuesta a adjudicar a una vida humana? O, expresado en términos más políticos y abstractos: la cuestión del derecho de acceso a los medicamentos y sus limitaciones.

La lucha de los pacientes ya se ha convertido en noticia frecuente en los medios de comunicación, así como en tema fijo de debate en las tertulias radiofónicas y televisivas. Las interpelaciones y debates en los parlamentos, tanto estatal como autonómicos, se suceden siempre con la oposición del Partido Popular a que se adopten decisiones en la dirección de facilitar el acceso a los fármacos. Al respecto, tuvo una gran repercusión el que se produce en febrero de 2015 en el Parlamento de Galicia. Se trata de someter a debate y aprobación una Proposición No de Ley presentada por la Plataforma Galega de Afectados a través de los cuatro grupos de oposición en la Cámara (PsdG-PSOE, BNG, AGE y Mixto) pidiendo que se inste al Gobierno español a facilitar el fármaco a los pacientes a los que les sea prescrito, sin más trámite que esa prescripción facultativa. El debate es seguido por miembros de la Plataforma concentrados en el exterior del Parlamento y otro grupo que fue invitado a la tribuna de la cámara. En el momento de la votación, la iniciativa es rechazada con el voto del PP (mayoritario en la cámara), a excepción del presidente de la Xunta, Núñez Feijoo, que se ausenta en el momento de producirse la misma.

Ese mismo día, la hepatitis C se había cobrado en el Hospital de A Coruña la vida de una mujer, Isolina Sánchez, a la que se le comenzó a administrar el tratamiento seis meses después de prescrito, teniendo que serle retirado apenas a las dos semanas de iniciado, dado su deterioro definitivo. Su nombre retumbó en la cámara parlamentaria en forma de acusación inapelable. La indignación estalla en la tribuna, con los afectados increpando a los miembros de la mayoría, entre lágrimas, en muchos casos, lo que provoca su expulsión forzada del Parlamento. Estos hechos, recogidos por todos los medios estatales, producen un hondo impacto en la opinión pública (6). Evidencian de modo gráfico el choque entre unas personas que solo reclaman que no se ponga precio a sus vidas y una decisión política fría y determinada de

anteponer consideraciones de política económica a valores socialmente universales como la justicia, la salud y, en último término, la piedad. Se trata, sin duda, de escenas que tienen un impacto definitivo.

A las puertas del Parlamento, el portavoz de la plataforma gallega afirma que la muerte de Isolina, como la de otras víctimas previas denunciadas por la asociación, no quedará impune. Añade que la votación de los diputados del PP que desencadenó los incidentes «traerá consecuencias» y da un plazo de 48 horas a la Consellería de Sanidade para hacer pública la composición de la Comisión que «decide sobre nuestras vidas». Cumplido ese plazo, el 14 de febrero de 2015, en conferencia de prensa, los miembros de la asociación hacen públicos los nombres de todos los miembros (dos altos cargos, un funcionario de la Consellería, dos farmacéuticos del Sistema Galego de Salud y cuatro médicos). Se trata de una apuesta por la transparencia que pretende, al mismo tiempo, impedir que las decisiones que están condicionando (incluso a aquellos pacientes a los que sus facultativos les han recetado los fármacos) puedan o no recibirlos y se sigan tomando en un clima de impunidad y oscurantismo.

Mientras tanto, por parte de la PLAFHC, asentada en Madrid, se continúa con los contactos pendientes en ejercer presión política. Todos los máximos dirigentes de los partidos de izquierda pasan por el encierro del Hospital 12 de Octubre. Las reuniones con los grupos parlamentarios se suceden con el compromiso de todos los grupos de oposición de llevar el debate al Congreso de los Diputados. También deciden llevar sus reivindicaciones al Parlamento Europeo con la exigencia de que se adopte un *Plan Europeo para la Hepatitis C*.

Pero la política de restricciones en la administración de los antivirales para la hepatitis C continúa aparentemente inamovible. El grado de organización

conseguido por el colectivo de pacientes permite tener un conocimiento directo de cada vez más casos extremos a los que se les impide tratarse. Las propias plataformas median directamente con la autoridades sanitarias consiguiendo que algunos de estos casos se resuelvan a tiempo. Desgraciadamente, también van llegando en un goteo continuo los contactos de familias que han perdido a alguno de sus miembros, víctimas de la enfermedad, sin que hayan podido ser tratados.

La acción incesante de las plataformas de afectados, combinada con la cada vez mayor presión social y política y una menos intransigente postura del nuevo titular de la cartera de Sanidad, desemboca en un hecho que tendría una enorme trascendencia: el 20 de febrero de 2015 los representantes de la PLAFHC son convocados en el Ministerio de Sanidad para adelantarles las líneas básicas de lo que se denominará *Plan Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* (7). Dicho plan, en su redacción definitiva, sería aprobado en el Consejo Interterritorial de Sanidad celebrado el 27 de marzo para entrar en vigor el día 1 de abril de 2015.

La aprobación del Plan Estratégico, elaborado por un comité presidido por el Dr. Joan Rodés Teixidor, marca la primera gran victoria del movimiento de pacientes, una conquista irreversible. El documento fija cuatro líneas estratégicas que incluyen: la cuantificación del problema epidemiológico y la detección de pacientes ocultos; las estrategias de tratamiento usando los nuevos antivirales que se han ido incorporando; la coordinación de los medios disponibles y de los sistemas sanitarios de la Comunidades Autónomas; y las acciones en materia de prevención. Desde el punto de vista de la estricta lucha por el acceso a los medicamentos, el Plan, inicialmente pensado para ser aplicado en tres años, establece que se dispensarán a todos los pacientes en las fases de fibrosis moderada (F2), severa (F3) y cirrótica (F4), incluidos todos los que se encuentran en lista de espera de trasplante

así como a todos los trasplantados, independientemente de cuál sea su condición hepática.

A su vez, este plan es extendido por la administración en el sistema público a pacientes en fases iniciales (F0 y F1) en los que concurren otras patologías (como la coinfección por VIH), o que se encuentran en situaciones de especial exposición (personal de los cuerpos de seguridad, personal sanitario...), así como a las mujeres en edad fértil con deseo de procrear. Asimismo, se establece la abolición de las comisiones de tratamiento que ejercían como filtro, consiguiéndose de este modo dar cumplimiento a una de nuestras reivindicaciones básicas: que los tratamientos lleguen sin más trámite a aquellas personas para las que los facultativos del sistema público consideran que es necesario.

En algunas comunidades se establecieron comisiones de seguimiento de la aplicación del Plan. Comisiones a través de las que las organizaciones de pacientes recibían información sobre los avances en la dispensación de los tratamientos, incluyendo el número de tratados con los distintos fármacos y sus resultados terapéuticos. La aplicación a gran escala de los nuevos AAD (a estas alturas su número ya superaba la media docena de fármacos) puso de manifiesto su asombrosa eficacia: más del 95% del total de pacientes tratados se curaban definitivamente de su infección. Un dato que vino a ratificar la justicia en la lucha que se había llevado a cabo.

La presión mantenida, aún después de la puesta en marcha del *Plan Estratégico*, pronto daría nuevos frutos. El 27 de enero de 2017, las diferentes asociaciones de pacientes implicadas, las sociedades médicas y las Comunidades Autónomas son convocadas en el Ministerio de Sanidad para hacer balance del estado de desarrollo y aplicación del Plan. En esa reunión se presenta la reforma del Plan que elimina las restricciones para la prescripción a pacientes en fases F0 y F1. Reforma que significa que

la reivindicación central de las Plataformas de Afectados es ya, finalmente, una realidad. Esta ampliación del Plan incluyendo a todas las y los pacientes, así como la extensión del mismo hasta el año 2020, es aprobada por el Consejo Interterritorial de Sanidad el 21 de junio de 2017. De esta manera, atrás quedaba año y medio de lucha sostenida y organizada de un colectivo de mujeres y hombres que hicieron que su grito de angustia, su lucha por el derecho a vivir y curarse fuese escuchado por toda la sociedad. Una lucha que permitió abrir un debate colectivo sobre hasta qué punto se puede tasar el valor de la vida y la salud, o sobre si es lícito que la Industria Farmacéutica, basándose en un sistema de patentes que parece manifiestamente injusto, puede ejercer chantaje sobre una sociedad con un producto farmacéutico *esencial* hasta el punto de poner en peligro la viabilidad financiera de los sistemas de salud.

Sin embargo, quedaba una bolsa muy importante de pacientes diagnosticados que no tenían acceso a los nuevos AAD: las personas reclusas en centros penitenciarios. Y ello a pesar de que se trata de la única población entre la que están diagnosticados el 100% de los casos por los controles sistemáticos a las que son sometidas todas las personas que ingresan en ellas. Se despreciaba, de este modo, lo establecido en el propio Plan Nacional que les consideraba población prioritaria, dadas las altísimas tasas de prevalencia en todas y cada una de las prisiones del Estado (8). Esto llevó a la Plataforma Galega a poner en marcha una campaña de denuncia y concienciación social sobre el problema, visitas a personas enfermas reclusas para recabar información del interior de los centros e, incluso, dar una charla sobre los nuevos antivirales a los hombres y mujeres reclusos en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense).

Así, se intentó dar continuidad a esa actividad de información y asistencia dentro de las prisiones a través de un plan que fue rechazado por Instituciones Penitenciarias. A

la vista de que se seguía impidiendo a la mayoría de los pacientes en situación de reclusión el acceso a los tratamientos, la Plataforma solicitó la intervención del Fiscal Superior de Galicia quien tras entrevistarse con sus miembros, abrió diligencias informativas y reunió la Junta de Fiscales de Vigilancia Penitenciaria. Al mismo tiempo se mantuvieron reuniones con todos los grupos parlamentarios de oposición en el Congreso de los Diputados para solicitar que llevaran iniciativas para solucionar el grave problema de la población reclusa en relación con el tratamiento de la hepatitis C crónica. Todas esas iniciativas cristalizaron, finalmente, tras la suscripción de convenios entre Instituciones Penitenciarias y los sistemas de salud autonómicos, y las personas internas en centros penitenciarios pudieron acceder a los tratamientos con ADD en igualdad de condiciones a las del resto de la población.

En el terreno de las responsabilidades judiciales, en el caso de la Plataforma Galega, esta continúa adelante en el proceso penal que se sigue contra dos altos cargos del Servizo Galego de Saúde (el Director Xeral de Asistencia Sanitaria y la Subdirectora Xeral de Farmacia) por delitos de prevaricación administrativa y homicidio por imprudencia profesional grave por la muerte de 9 pacientes a los que no se les dispensaron los medicamentos prescritos por los facultativos que les atendían, o a los que esos tratamientos les llegaron fatídicamente tarde después de esperas de hasta 8 meses para que fuesen autorizados por la Subcomisión de Tratamiento de la hepatitis C. La querrela fue admitida por el juez titular del Juzgado de Instrucción n.º 3 de Santiago de Compostela el 4 de febrero de 2016. No obstante, tras numerosas diligencias, el proceso de instrucción se archivó, siendo ratificado por la Audiencia Provincial de A Coruña el 2 de diciembre de 2020.

Así pues, una vez alcanzado el objetivo expresado en el lema de la asociación («tratamiento para tod@s») y cerrado, definitivamente, el procedimiento judicial por posibles responsabilidades penales de los

dirigentes del Servicio Gallego de Salud, el debate que se abrió en el seno de la Plataforma era si esta debía transformarse en una asociación de pacientes «al uso» o si, por el contrario, debía disolverse. La tesis ampliamente mayoritaria desde un principio era la de que la asociación se había constituido para desarrollar una lucha social por el acceso a los tratamientos de última generación con los antivirales para la hepatitis C (a diferencia de aquellas otras que basan su actividad en la ayuda a los pacientes y sus familias). Tras tener que posponer varias veces la convocatoria de la asamblea que tomase la decisión, a causa de la situación provocada por la pandemia de la COVID-19, el pasado 21 de mayo la asamblea extraordinaria acordó, por unanimidad, la disolución de la organización. Atrás quedaba una larga lucha, dolorosa muchas veces, llevada a cabo por personas que, en muchos casos, sobre todo en los momentos iniciales, estaban en una situación física muy delicada. Una lucha exitosa que demuestra que la movilización de los pacientes, cuando se basa en principios de justicia objetiva y se desarrolla con determinación puede conseguir lo que se propone (9).

## Bibliografía

- 1.- Elizalde, I., Iñarrairaegui, M., Rodríguez Gutiérrez, C. y Zozaya, J. M. Tratamiento de la enfermedad crónica por el VHC. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2004; 27 (2), 81-90.
- 2.- Acta Sanitaria. Hepatólogos ven próxima la erradicación total del virus de la hepatitis C. actasanitaria.com. 19 de febrero de 2014. Disponible en: [https://www.actasanitaria.com/industria-farmaceutica/hepatologos-ven-proxima-la-erradicacion-total-del-virus-de-la-hepatitis-c\\_1063897\\_102.html](https://www.actasanitaria.com/industria-farmaceutica/hepatologos-ven-proxima-la-erradicacion-total-del-virus-de-la-hepatitis-c_1063897_102.html)
- 3.- AEMPS. Programa de acceso mediante uso compasivo de los nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C crónica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014.
- 4.- Sevillano, E. G. y Prats, J. Cientos de pacientes graves exigen ya el fármaco que cura la hepatitis C. elpais.com. 4 de julio de 2014. Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2014/07/04/actualidad/1404502916\\_381624.html](https://elpais.com/sociedad/2014/07/04/actualidad/1404502916_381624.html)
- 5.- Ministerio de Sanidad. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos aprueba la financiación del medicamento sofosbuvir para la hepatitis C. Nota de Prensa. sanidad.gob.es. 1 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/va/gabinete/notasPrensa.do?id=3419>
- 6.- La Sexta. Expulsan del Parlamento gallego a 30 enfermos de Hepatitis C que exigían el Sovaldi. lasexta.com. 11 de febrero de 2015. Disponible en: [https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/expulsan-parlamento-gallego-enfermos-hepatitis-que-exigian-sovaldi\\_2015021157255d1f6584a81fd883663b.html](https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/expulsan-parlamento-gallego-enfermos-hepatitis-que-exigian-sovaldi_2015021157255d1f6584a81fd883663b.html)
- 7.- Ministerio de Sanidad. Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el SNS. sanidad.gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm>
- 8.- Con Salud. ¿Qué CC.AA. tienen mayor prevalencia de hepatitis C entre la población reclusa? consalud.es. 23 de abril de 2018. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/que-cc-aa-tienen-mayor-prevalencia-de-hepatitis-c-poblacion-reclusa\\_49666\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/que-cc-aa-tienen-mayor-prevalencia-de-hepatitis-c-poblacion-reclusa_49666_102.html)
- 9.- Para mayor profundización sobre el recorrido de la Plataforma véase: Costas Bastero, E. Cuando los pacientes cambiaron las políticas. En: Costas, E. y Torres X. M.<sup>a</sup> (Coord.). Hepatitis C. La revolución de los pacientes. Paterna: Contestos Farmamundi; 2018. pp. 173-190.

## DISOLUCIÓN DE LA PLATAFORMA GALLEGA DE AFECTADOS POR LA HEPATITIS C

### “Los males no son, sino cómo se sienten”, (nota de agradecimiento)



**Jon Gómez Garmendia**

Criminólogo. Doctor en Derecho y Ciencia Política por la Universidad de Barcelona.

Durango, 23 de junio de 2022

El pasado 21 de mayo de 2022, en la Casa de Cultura de O Milladoiro (A Coruña), tuvo lugar la última asamblea de la Plataforma Galega de Afectad@s pola Hepatite C (PGAHC). Un día esperado por muchas y muchos que, tras la pandemia y sus consecuencias durante un prolongado tiempo, tenían ganas de volver a verse y abrazarse. Una fecha marcada en el calendario por estas personas que, pese al conocimiento de que la Plataforma se disolvería al término de la reunión, querían celebrar el fin de esta etapa en sus vidas.

En este breve escrito no profundizaré en las paradas que dicho viaje tuvo y ya han sido descritas muy bien en los dos anteriores textos. Mi propósito se centrará en describir lo que su lucha y sus experiencias han supuesto para mí y los aprendizajes que me llevo de esta familia a la que pude conocer desde finales de 2019 e inicios de 2020. Fechas que concuerdan con los primeros contactos que tuve con la PGAHC con la finalidad de analizar y estudiar su caso en la tesis doctoral que estaba realizando. Una tesis que, cabe decir, se defendió a inicios de este 2022 y llevó como título: *La exclusión farmacéutica: un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia* (texto al que se podrá acceder de manera abierta a partir del 13 de julio de 2022, como lo anunciamos en el apartado de *Informes y Documentos* de este número de la revista).

Al respecto, con la finalidad de presentar la *exclusión farmacéutica* (expresión que utilizamos

para referirnos a la no garantía del Derecho al Acceso a Medicamentos Esenciales, el DAME) como un daño social o una violencia estructural, consideré que el caso de exclusión del Sovaldi entre 2013 y 2015 resultaba representativo. Por ello, apostando por una metodología cualitativa basada en las historias de vida y tras el visto bueno de la PGAHC, tuve el propósito de reflejar en la investigación las emociones, experiencias y sentimientos que este daño produjo en las personas afectadas. Así, con la pandemia de por medio, pude reunirme en 2020 con Xulia, Quique, Concha, Isa, Manuela, José Ramón, Eugenio, Julia, Agustín, Elena, Pepe, José Manuel, M.<sup>a</sup> Fernanda, Jesús Ángel, Olga, Raúl, Rosa, Sole, Manoel y Eleuterio.

Unas personas que me compartieron experiencias desde aquellos momentos en los que les diagnosticó el virus, sus síntomas, la “barbaridad” del tratamiento con el interferón, la vivencia de algunas y algunos con la infección simultánea del VIH hasta varios casos de estigma. Historias a las que le siguieron la aparición del Sovaldi en 2013, un tratamiento con mayor efectividad al que no pudieron acceder y por el cual decidieron unirse y crear la Plataforma. Unión a través de la cual le siguieron distintas estrategias, debates internos, e incluso, un proceso judicial. Un viaje en el que, según sus palabras, aprendieron: el valor y la importancia de la movilización, que resultaba mejor que luchar solas y solos; que esa misma lucha hacía efectiva la garantía del DAME; o que no eran culpables de su

“Los males no son, sino como se sienten”

situación y no tenían por qué estar escondiéndose.

En general, unas historias y etapas que como investigador, pese a conocer lo que sucedió, no me los esperaba como tampoco la forma con la que me trataron. Las charlas o el compartir con estas personas tuvieron un componente emocional muy profundo que, como joven de 25 años (en 2020), me marcaron desde entonces. Incluso algunas personas se mostraron reticentes cuando les presenté mi proyecto de investigación, ya que hablar conmigo implicaba recordar y revivir momentos del pasado. Sin embargo, me abrieron los brazos y me señalaron que colaborarían conmigo por mí, por la implicación que tenía en conocer sus vivencias.



Esto último supuso para mí un antes y un después en la relación que tenía con la PGAHC. Llevó a que sintiera mayor responsabilidad en mi tesis a la hora de transmitir adecuadamente su situación y fortaleció la idea que tengo sobre la manera de hacer criminología (como graduado en la materia que soy). Y es que, resulta necesario mirar más allá de las conductas ilícitas tipificadas (aquello que conocemos como “delito” o “crimen”) y cuestionar si hay o no otras injusticias y daños que afectan a muchas personas pero no se persiguen o investigan porque son estructurales, transnacionales e invisibles/banalizadas socialmente.

Dicho esto, la lucha de la PGAHC (como el resto de Plataformas territoriales) ha dejado en evidencia que, desgraciadamente, para que ciertos derechos (como el derecho a la salud o el DAME) se garanticen, la movilización social tiene que estar presente.

Un hecho al que se le suma la importancia de los sentimientos, experiencias y emociones. Ese “sentir en la piel” que no notamos hasta que nos afecta personalmente. Por ello, y eso creo que lo hemos aprendido con la pandemia del covid-19 de una manera más general (pese a la situación actual del acceso a las vacunas y las decisiones políticas al respecto), debemos apelar que todas y todos podemos hacer algo para que estas injusticias no vuelvan a ocurrir. Una tarea que puede partir por el reconocimiento de nuestra *interdependencia* con las y los otros, sean de donde sean y va unida con la consideración de que nuestras vidas y la satisfacción de nuestras necesidades vitales siempre están en juego. Así, aunque nuestra vida sea repliegue, pase por meandros y de golpes en todos los recovecos (utilizando expresiones de Édouard Glissant), tenemos que ser conscientes que termina desembocando. Por esta razón, nuestro objetivo debería consistir en luchar para que este recorrido sea lo más llevadero posible en unas condiciones dignas que merezcan la pena ser vividas.

En este sentido, aunque existan daños o males que se quieran silenciar, debemos de pensar que con una gran probabilidad nos terminarían afectando. Por este motivo, debemos hacernos la idea, empleando las palabras de una reconocida gallega, Concepción Arenal, de que “los males no *son*, sino *como* se sienten”. Como resultado, para luchar frente a aquellas dinámicas estructurales que anteponen el lucro a la vida, tal y como hemos defendido en esta revista, resulta necesario que las sintamos ¡como si nos fuera la vida en ello!

¡Moitas grazas! ¡Muchas gracias!

Eskerrik asko!

---

**OTRAS FUENTES**

---

## **El *apartheid* de las vacunas es racista y equivocado**

**Fatima Hassan**

*PLOS Global Public Health*. 23-05-2022. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/05/23/vaccine-apartheid-is-racist-and-wrong/>

Magnífico artículo de Fatima Hassan abogada de derechos humanos y activista por la justicia social y fundadora de Health Justice Initiative (HJI) en Sudáfrica. En él aborda de forma clara y contundente como la estrategia de las grandes empresas farmacéuticas y los gobiernos de los países ricos responde a un modelo colonial extractivista.

Esta pandemia ha estado marcada por el acaparamiento de conocimientos científicos y vacunas que salvan vidas. De hecho, existen reglas (llamadas flexibilidades de los ADPIC) que permiten que cualquier gobierno tome medidas de emergencia en una pandemia de salud pública, como COVID, pero no se están utilizando. Las herramientas legales existen para remediar el acceso desigual, pero su uso está siendo bloqueado por intereses muy, muy poderosos y sólidos.

Es por eso que Peoples Vaccine Alliance y Free the Vaccine Campaign han pedido tres cosas durante esta pandemia: compartir el conocimiento, compartir tecnología financiada con fondos públicos y aprobar la Exención de los ADPIC. Muchos de nosotros hemos trabajado durante algún tiempo para advertir sobre las consecuencias de los estrangulamientos de la propiedad intelectual (PI) que crean monopolios de mercado innecesarios y que alimentan el acceso desigual a tecnologías que salvan vidas.

Hacemos este trabajo con recursos y financiación limitados, para mostrar por qué el acaparamiento no es una respuesta apropiada o justa, especialmente en un momento en que existen herramientas financiadas con fondos públicos para prevenir el sufrimiento humano. Y donde esas herramientas solo están disponibles para

unos pocos elegidos por elección, por diseño, en las partes más ricas del mundo, y no para las personas negras y morenas de mi región, entonces seamos francos y admitamos que esto es 'racismo'. y lo que hemos visto es 'apartheid de vacunas'.

¿Alarmista? No. Verás, crecí bajo el apartheid. Sé de primera mano lo que es ser un 'ciudadano' de segunda o tercera clase. Como millones en mi país, sé muy bien lo que crean los sistemas desiguales de dos niveles: desigualdad.

Sabemos lo que significa estar sujeto a la extracción y explotación colonial o al racismo, y también sabemos lo que significa ser "iluminado". Sin embargo, aquí estamos de nuevo, y al contrario, podemos detectar variantes antes que otras, podemos establecer la capacidad de fabricación, podemos realizar ensayos clínicos. En última instancia, también queremos tener acceso a lo mejor que la ciencia tiene para ofrecer, los frutos del conocimiento, al mismo tiempo que las personas del norte global.

Hace solo unos días, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU emitió una declaración mordaz sobre la inequidad mundial en materia de vacunas diciendo que “un patrón de distribución desigual dentro y entre países reproduce la esclavitud y las jerarquías raciales de la era colonial; y profundiza las

desigualdades estructurales que afectan a los grupos vulnerables”.

Mi país, Sudáfrica, a finales de los años 90 intentó inicialmente defenderse de los grandes intereses de las grandes farmacéuticas, con un éxito parcial, y esos intereses, combinados con la negación del SIDA patrocinada por el estado, crearon una tormenta perfecta para la muerte y el sufrimiento evitables. Pero, verá, cuando la gente se enfermaba y moría aquí en África a causa del SIDA, las naciones ricas, los embajadores comerciales, el gobierno de EE. UU. bajo el presidente Clinton, las compañías farmacéuticas y sus representantes interindustriales nos dijeron que nosotros no podíamos usar las medidas necesarias para hacer llegar los antirretrovirales (ARV) a las personas, mientras morían millones en África.

Entonces y ahora, la industria farmacéutica tenía un poder ilimitado y no elegido: el poder de priorizar las ganancias sobre los pacientes de manera a menudo poco competitivas. Eso no es un eslogan, es verdad.

Esta vez, la UE también está firmemente del lado de la industria farmacéutica, y nuestros antiguos amos coloniales en la UE y el Reino Unido están tratando de intimidarnos para que nos sometamos.

Bastante temprano en esta pandemia, advertimos que la benevolencia de las compañías farmacéuticas a menudo es una artimaña y no nos llevará lejos, nunca dependerá de la caridad, las donaciones o la buena voluntad, sino buscar garantías exigibles. Y luego, las naciones más ricas despejaron los estantes y pasaron por alto COVAX, que se creó para garantizar la equidad en la asignación, pero no lo hizo. MSF ha llamado a COVAX "una promesa incumplida para el mundo" y The Lancet incluso se refirió a ella como "una hermosa idea que se quedó corta".

Entonces, en cambio, ahora tenemos promesas caprichosas no exigibles de los directores ejecutivos de la industria farmacéutica. Y aquí está la ironía: las flexibilidades de los ADPIC incluidas en la 'Declaración de Doha' estaban destinadas a remediar esto, pero espectacularmente, la Organización Mundial del Comercio (OMC) ni siquiera ha logrado eso. La OMC no es apta para su propósito.

También advertimos que para evitar repetir las trampas de la crisis del VIH/SIDA, los gobiernos y la OMC deben convertir las vacunas en esta pandemia en un bien público al renunciar temporalmente a los derechos de propiedad intelectual y obligar a la producción de emergencia. Pero durante 18 meses, la OMC, en medio de una pandemia, no pudo aceptar la exención de los ADPIC y la bloqueó, a pesar de que 100 países apoyaron la propuesta de exención de los gobiernos de Sudáfrica e India, con al menos 65 copatrocinadores.

Si desea observar la dinámica de poder en una pandemia de salud, estudie la OMC. Ahora se nos presenta un trato tan malo y un texto tan malo que hemos tenido que decirles a nuestros propios gobiernos: ¡no firmen!

Incluso Canadá, Nueva Zelanda todavía están sentados sobre la propiedad intelectual y las patentes, especialmente, cerca. Canadá, un defensor durante mucho tiempo de los pacientes sobre las ganancias y los precios asequibles de los medicamentos, dio un giro y su "neutralidad" en la exención de los ADPIC en esta pandemia es desconcertante.

Realmente no hay solidaridad global en COVID, una trágica repetición de los primeros años de la pandemia del SIDA. A principios de 2021 escribí en Foreign Policy que, dadas las lecciones del SIDA, nuestra respuesta a la COVID no debería depender de la cooperación voluntaria, sino de medidas urgentes en tiempos de guerra; sin embargo, aquí estamos, a merced y a la entera disposición de corporaciones privadas no elegidas y de un mercado alcista. UE.

Y, sin embargo, la licencia obligatoria (CL), nos dice la UE, de repente, es la solución. ¡Pfizer en la República Dominicana les dijo a nuestros colegas que una licencia obligatoria sobre un tratamiento para COVID (Paxlovid) 'violará sus derechos humanos'! Canadá todavía se niega a emitir una licencia contra Johnson & Johnson, solicitada al principio de esta pandemia por Biolyse.

Y ahora, sorpréndase Moderna quiere una licencia del gobierno de los EE. UU. para ciertas patentes para una vacuna investigada y desarrollada con fondos públicos, mientras que también está envuelta en una disputa de patentes con el gobierno de los EE. UU.

Al mismo tiempo, se niega a cooperar y compartir tecnología con el primer Centro de ARNm de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en África, comparando el Centro con un "bolso falso de Louis Vuitton"[i]: ¡honestamente, no puedes creerlo!

### **Donde nos encontramos ahora:**

Nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que el número total de muertes asociadas con la pandemia entre enero de 2020 y diciembre de 2021 es de aproximadamente 14,9 millones de personas. El número real de muertes, basado en modelos de exceso de muertes, según un análisis reciente de Oxfam, probablemente sea cuatro veces mayor en los países de bajos ingresos que en los países ricos.

¿Qué está causando estas muertes? Como escribimos en el British Medical Journal: "Una empresa de libre mercado impulsada por las ganancias basada en la protección de patentes y propiedad intelectual, combinada con una falta de voluntad política".

Si bien hemos registrado que se han administrado al menos 11 000 millones de dosis de vacunas, casi el 70 % de ellas beneficiaron a países de ingresos altos y medios altos.

Anteriormente advertimos sobre la cobertura inadecuada en los países de bajos ingresos, y en este momento, en 2022, con múltiples vacunas seguras y efectivas disponibles en el mundo, solo el 16 % de las personas en los países de bajos ingresos han recibido al menos una dosis de una vacuna contra el COVID-19 vacuna. A principios de 2021, era un exiguo 0,1 % (con un 86 % para los países de ingresos altos). Esto significa que al menos 2.800 millones de personas siguen sin vacunarse.

También hemos argumentado que es un mito creer que los países de altos ingresos se han visto más afectados por la pandemia, y que África no lo fue, aun así, ciertamente no "merecen" haber "acaparado la mayor parte del suministro de vacunas".

### **Ahora permítanos compartir con usted cuán perverso fue realmente 2021:**

¿Sabía que el presidente francés, Macron, llevó suministros limitados de vacunas de Johnson & Johnson en su avión presidencial cuando visitó Sudáfrica a mediados de 2021, pero solo para uso de ciudadanos franceses, mientras los sudafricanos esperaban suministros de Johnson & Johnson? Johnson? ¿Sabía que la Unión Europea tomó las vacunas de Johnson & Johnson llenas y terminadas aquí en Sudáfrica y las desvió para los europeos mientras entramos en la tercera ola sin suministros a principios de 2021? Esas exportaciones solo se detuvieron cuando el New York Times las expuso (basado en relatos de lo que estaba incluido en el contrato secreto con Johnson & Johnson y el gobierno sudafricano).

¿Sabía que Canadá compró suficientes dosis para vacunar a sus ciudadanos cinco veces y luego también obtuvo suministros de COVAX?

El resultado neto, para fines de 2021, según la OMS, ni siquiera el 10% de África estaba vacunada y 3 de cada 4 trabajadores de la salud en África todavía estaban esperando la primera vacuna. Es por eso que incluso el

Director General de la OMS llamó a esto "grotesco" y un "ultraje moral", en realidad una "receta para sembrar variantes virales capaces de escapar de las vacunas".

Desde mi punto de vista, cualquier decisión política de vacunar primero a todos en el norte global, sin priorizar el acceso oportuno para el sur global está, francamente, arraigada en el racismo, porque para ellos, las vidas de negros y latinos importan menos.

Hemos escrito en el British Medical Journal que este "escándalo moral, habilitado por el permiso corporativo y político de la muerte masiva, equivale a un crimen contra la humanidad". Básicamente, los monopolios de patentes determinan qué poblaciones se beneficiarán primero. Y anteriormente he argumentado que "los gobiernos que estaban en el asiento del conductor negociando con instituciones públicas, utilizando fondos públicos con empresas para acelerar importantes investigaciones de vacunas, hicieron la vista gorda ante la necesidad de un acceso equitativo", lo que resultó en una "escasez de vacunas creada por ellos mismos".

Incluso dentro de los países del norte global, corremos el riesgo de blanquear los resultados donde esos programas excluyen o no priorizan a los palestinos bajo ocupación, los solicitantes de asilo, los refugiados, los migrantes, las comunidades hispanas, las comunidades afroamericanas, las personas en áreas rurales, los ancianos.

Y como muchos de nosotros hemos dicho durante los últimos dos años, a pesar de socializar el riesgo del desarrollo de vacunas a través de iniciativas como Operation Warp Speed (gobierno de EE. UU.), el acceso se privatizó.

Los colegas en los EE. UU. con los que trabajamos estiman que las contribuciones del gobierno de los EE. UU. para la investigación de vacunas son sustanciales: al menos 1.700 millones de dólares estadounidenses para Moderna y 1.000

millones de dólares estadounidenses para Johnson & Johnson, con compras anticipadas del gobierno de los EE. UU. también, para Pfizer. tanto para vacunas como para tratamientos. A su vez, como se predijo, tuvo lugar una pandemia.

Surgieron ganancias de gran éxito: Oxfam ha declarado que las compañías farmacéuticas ganaron alrededor de \$ 1,000 / segundo durante 2021, creando también al menos nueve nuevos multimillonarios de vacunas.

Entonces, en lugar de una transferencia de tecnología verdadera y genuina junto con la 'Exención de los ADPIC', a pesar de la inyección de fondos públicos masivos, tenemos falta de cooperación, un puñado de licencias de llenado y acabado y modelos de contenedores coloniales que se nos presentan como soluciones justas y oportunas. . Es todo lo contrario.

Los informes de los medios indican que incluso el personal del Centro de ARNm de la OMS ha encontrado que el "panorama de la propiedad intelectual del ARNm es una pesadilla". No se equivoquen, esto es deliberado. La tecnología de ARNm se puede replicar más rápido, y el gobierno de EE. UU. podría usar medidas de guerra para intervenir y compartir la tecnología mientras celebra su segunda Cumbre COVID-19 esta semana (Nota: en la Cumbre, según POLITICO, la administración Biden 'anunció que ha finalizado un acuerdo para licenciar 11 tecnologías COVID-19 en poder de los Institutos Nacionales de Salud con organismos de la ONU, incluida la proteína de pico estabilizada utilizada en las vacunas COVID-19, herramientas de investigación para vacunas, tratamientos y pruebas, y vacunas candidatas en etapa temprana y diagnósticos').

En cambio, Moderna ha presentado convenientemente varias patentes amplias en Sudáfrica que podrían amenazar el trabajo del Centro de ARNm de la OMS. A pesar de su compromiso público en evolución de

no hacer cumplir las patentes, Moderna se ha negado a retirar las patentes aquí en Sudáfrica. Y ese compromiso solo cubre las vacunas COVID-19, lo que amenaza el trabajo más amplio del Hub en otras crisis de salud.

En medio de la peor pandemia en 100 años, con devastación a nivel mundial, en lugar de un bien público disponible gratuitamente, las tecnologías COVID siguen siendo en gran medida una mercancía propiedad de las empresas, que primero se vende a los ricos, ¡como si fuera un bolso de lujo!

Y luego están las donaciones: las vacunas excedentes donadas (a veces, cercanas a la fecha de vencimiento) no comparten el conocimiento, son impredecibles, altamente políticas y discriminatorias, un vestigio de la injusticia colonial. No abordan las barreras sistémicas de propiedad intelectual. En pocas palabras, no son una solución justa a una crisis de necesidad.

Durante 18 meses, las naciones más ricas han bloqueado la propuesta de exención de los ADPIC y, en las últimas semanas, las organizaciones de la sociedad civil han tenido que cuestionar una propuesta de acuerdo negociado, un texto denominado de "compromiso" que representa un acuerdo tan malo que no firmarlo es mejor para el país. sur global. Todos decimos: el texto presentado por el Director General de la Organización Mundial del Comercio es una alternativa terrible y peligrosa. Es peor que el statu quo. Nos alivia saber que nuestro presidente, Cyril Ramaphosa, ha dicho hoy en la segunda Cumbre de EE. UU. sobre la COVID-19 que Sudáfrica seguirá defendiendo una exención total de los ADPIC en la OMC, ¡no soluciones a medias!

han argumentado anteriormente que la propuesta de exención de los ADPIC está en el centro de las batallas por el acceso a los medicamentos y que la OMC, tal como está funcionando actualmente, es un obstáculo para la justicia en salud. E implícita en la

oposición de las naciones más ricas y las compañías farmacéuticas a la propuesta de exención de los ADPIC, hay una amenaza existencial a la práctica continua de tratar los medicamentos como una mercancía.

### **Todo lo que describí hasta ahora es pernicioso y sugiere un patrón de extracción burda.**

Y, para resumir, quiero argumentar que hay cuatro aspectos de la extracción que necesitan atención: 1º la extracción de conocimiento, 2º ganancias excesivas, 3º participación en juicios y 4º concesiones contractuales.

Primero, los medicamentos que salvan vidas no deben ser mercantilizados: el conocimiento financiado con fondos públicos ha sido extraído para su uso y beneficio por parte de compañías farmacéuticas privadas altamente rentables sin el debido reconocimiento del papel de los científicos públicos y la financiación del gobierno; peor aún, el intercambio de conocimientos para el Centro de ARNm de la OMS que busca beneficiar el manejo de enfermedades como el VIH y la TB en el sur global, no se está priorizando en absoluto.

En segundo lugar, la especulación excesiva en una pandemia es una especulación pandémica, habilitada por la protección del monopolio de la propiedad intelectual. Al principio de la pandemia, Pfizer anunció su intención de beneficiarse de su vacuna contra el COVID. Mis colegas han demostrado que en los primeros tres meses de 2021, la vacuna de Pfizer generó ingresos de 3500 millones de USD, y solo para fines de 2021, ganó 37 000 millones de USD y pretende generar 100 000 millones de USD para fines de 2022 para su vacuna y un tratamiento para COVID llamado 'Paxlovid'.

### **Otras empresas también están obteniendo beneficios excepcionales:**

Moderna, que recibió financiación pública para desarrollar su vacuna, obtuvo 13.000

millones de dólares en beneficios antes de impuestos solo en 2021, es decir, 36 millones de dólares al día, con un margen de beneficio del 70 %. J&J con su vacuna de dosis única recaudó \$ 2.4 mil millones en 2021 para su vacuna.

Incluso Astra Zeneca, con su modelo “sin fines de lucro”, recibió miles de millones en ingresos y subió el precio cuando TI consideró que la pandemia había terminado.

En tercer lugar, la participación en ensayos clínicos está siendo "extraída" ya que no existe un acceso equitativo o asequible posterior al ensayo. Los africanos están siendo utilizados como sujetos de prueba, sin garantías de un beneficio genuino y el intercambio de datos. Sudáfrica participó en 4 ensayos clínicos para la investigación de vacunas, y ahora en 2022, realiza un quinto ensayo muy controvertido, para Moderna!

Sin embargo, en el espacio de los recursos naturales, la extracción sin distribución de beneficios ya no es aceptable y está altamente regulada. Entonces, ¿por qué los diamantes y el oro son más importantes que las personas? – ¿Por qué estamos permitiendo, como organismos de ética, como reguladores, como agencias gubernamentales, ensayos clínicos que no garantizan un acceso asequible posterior al ensayo para las personas en África ni permiten el intercambio genuino de datos de ensayos? ¿Por qué ayudamos a las empresas a perpetuar la extracción colonial y no insistimos en un estándar mínimo de distribución de beneficios?

Cuarto, estamos siendo intimidados para firmar contratos que no siguen los principios constitucionales clave.

Un principio de un gobierno democrático es la apertura: en esta pandemia, las empresas han intimidado a los estados soberanos para que mantengan el secreto y los Acuerdos de confidencialidad (NDA), obteniendo así concesiones que los países normalmente no

aceptarían: indemnización total, secreto de precios y exportaciones ilimitadas.

Similar a una situación de rehenes, los suministros de vacunas dependen de la aquiescencia forzada, lo que altera fundamentalmente los principios de transparencia de precios, comportamiento anticompetitivo y adquisiciones abiertas.

Hay tanto secreto que las empresas ni siquiera nos dirán quién y qué oficina (dirección, necesaria para la entrega de documentos legales) firmó los contratos y mucho menos qué hay en ellos, por lo que ahora tenemos que demandar como Health Justice Initiative for su divulgación en Sudáfrica.

En conclusión, estamos en una situación insostenible que no puede continuar. Si seguimos esta trayectoria extractivista que antepone la propiedad intelectual a la equidad y el acceso a la salud, entonces, en la próxima pandemia, estaremos obligados a formas aún mayores de avaricia y acaparamiento corporativos no regulados, habilitados por naciones poderosas y más ricas.

### Agradecimientos:



Esta es una versión editada de un discurso de aceptación en la ceremonia virtual del Premio de la Paz de Calgary 2022 organizada por la Universidad Mount Royal (Canadá). El Premio de la Paz de Calgary 2022 fue otorgado a Fatima Hassan el

12 de mayo de 2022 por la Iniciativa de Estudios de Paz John de Chastelain de la Universidad Mount Royal. El Premio de la Paz de Calgary reconoce a personas destacadas de la comunidad mundial que trabajan para hacer del mundo un lugar más justo, seguro y menos violento.

Puede ver el vídeo de la intervención en: [https://www.youtube.com/watch?v=aN7R5RERI7Q&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=aN7R5RERI7Q&feature=emb_logo)

---

**OTRAS FUENTES**

---

## **Carta al presidente Biden pidiendo que nombre un director de los NIH que priorice el acceso a los medicamentos**

### **Public Citizen y 20 organizaciones de la sociedad civil**

*Public Citizen, 01-06-2022, <https://www.citizen.org/article/letter-to-president-biden-calling-for-a-pro-access-to-medicines-nih-director/>*

Recogemos esta carta de singular interés publicada por Public Citizen dirigida al presidente de los Estados Unidos que ha sido elaborada por un amplio número de entidades algunas como Doctors for America, Medecins Sans Frontières (MSF) USA, Health Care Voices, Health Global Access Projet, Initiative, Oxfam America, etc, dondese insta al Presidente a elegir a un director de los for Medicines, Access, & Knowledge (I-MAK), Justice is Global, Knowledge Ecology International NIH que "promueva la investigación biomédica y garantice que los frutos de dicha investigación sean accesibles y tengan un precio justo."

Estimado presidente Biden,

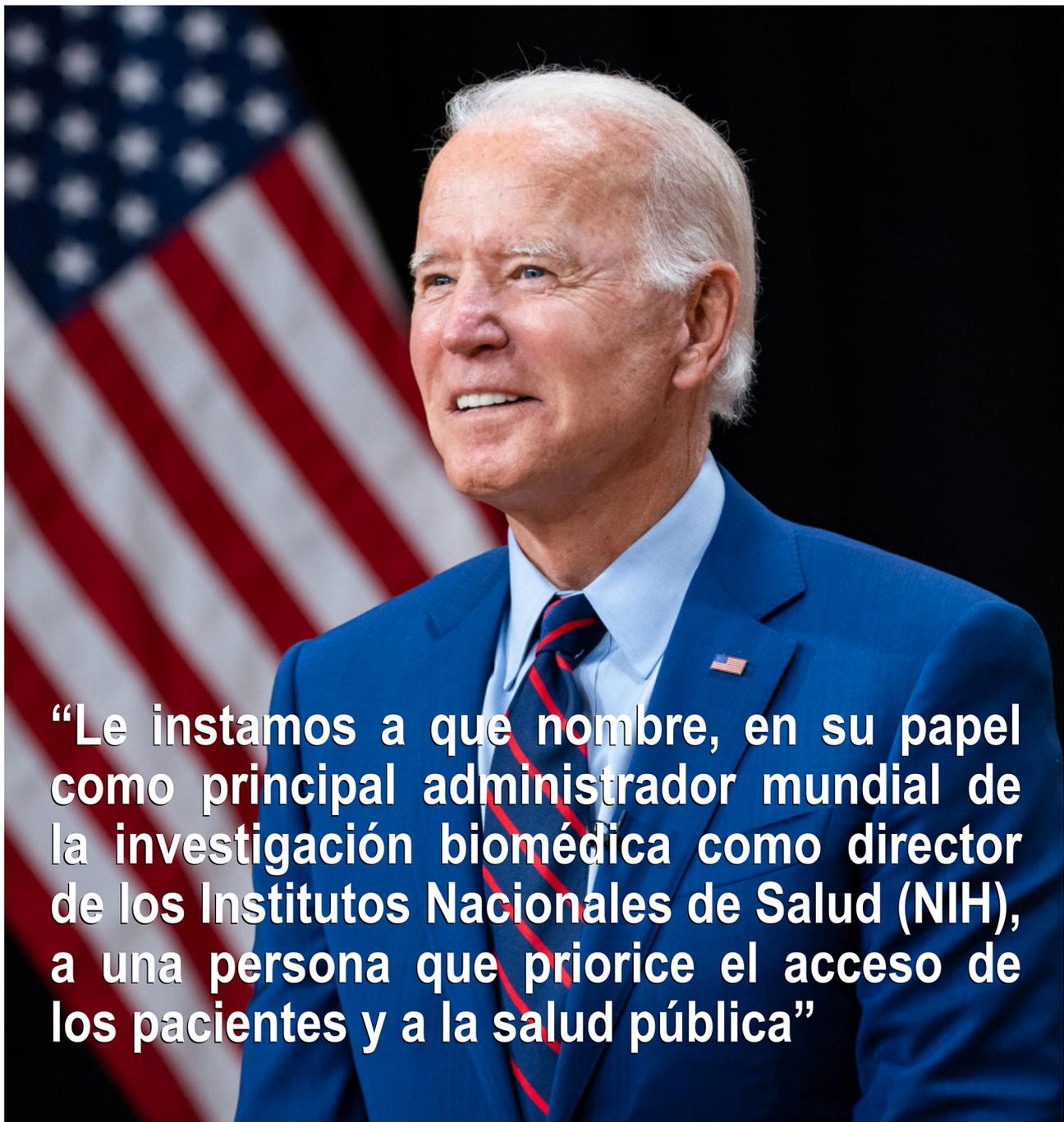
Como organizaciones enfocadas en promover el acceso asequible a la atención médica en los Estados Unidos y en todo el mundo, estamos profundamente preocupados por garantizar que las tecnologías de atención médica desarrolladas con apoyo público estén disponibles universalmente a precios que faciliten el acceso generalizado y que reconozcan las contribuciones de los contribuyentes. Le instamos a que nombre, en su papel como principal administrador mundial de la investigación biomédica como director de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), a una persona que priorice el acceso de los pacientes y a la salud pública.

El gobierno de los Estados Unidos es el mayor financiador de la investigación biomédica en el mundo, principalmente a través de más de \$40 mil millones de dólares en financiamiento anual de los NIH, la gran mayoría de los cuales apoya la investigación externa en universidades y otras instituciones de investigación.[1] Investigaciones recientes encontraron que la financiación de los NIH contribuyó a la investigación asociada con

cada medicamento nuevo aprobado entre 2010 y 2019, con un total de \$230 mil millones en financiación pública.[2]

Cada vez más, los NIH también desempeñan un papel fundamental en la financiación y el suministro de recursos para ensayos clínicos de tecnologías de salud novedosas, como productos biológicos y terapias génicas, fundamentales para el tratamiento de personas con enfermedades graves como el cáncer con pocas o ninguna alternativa. También ha propuesto establecer una nueva Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada para la Salud (ARPA-H) en los NIH, buscando avances revolucionarios en tecnologías médicas para combatir el cáncer, las enfermedades infecciosas y la enfermedad de Alzheimer.

COVID-19 demostró el papel increíblemente importante de los NIH para respaldar el descubrimiento y el desarrollo exitoso de nuevas vacunas, terapias y diagnósticos de ARNm COVID-19. El potencial de estas tecnologías de salud críticas solo se ha visto sofocado por la incapacidad de los NIH para ponerlas a disposición de manera equitativa y global, prolongando aún más la pandemia.



**“Le instamos a que nombre, en su papel como principal administrador mundial de la investigación biomédica como director de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), a una persona que priorice el acceso de los pacientes y a la salud pública”**

Nos preocupa que, con demasiada frecuencia, los medicamentos desarrollados con el apoyo público esencial no estén ampliamente disponibles para las personas que los necesitan, debido al precio. Por ejemplo, el medicamento contra el cáncer de próstata enzalutamida (nombre comercial Xtandi) tiene un precio de 2 a 4 veces más alto en los Estados Unidos que en otros países grandes y ricos.[3]

En el caso de Xtandi y muchos otros medicamentos financiados con fondos públicos, el director de los NIH está

facultado para remediar el aumento de precio y las restricciones de acceso a través de la competencia de licencias utilizando derechos libres de regalías en todo el mundo. [4] El NIH también puede respaldar el acceso de manera proactiva mediante la adopción de políticas preliminares que generen transparencia y condiciones de precios razonables en los acuerdos de financiación e investigación cooperativa y desarrollo.

El próximo director de los NIH tendrá la tarea de tomar decisiones, que COVID-19

nos ha demostrado que pueden afectar el acceso no solo para los pacientes en los Estados Unidos, sino también para las personas de todo el mundo. Lo instamos a que elija un director que promueva la investigación biomédica y garantice que los frutos de dicha investigación sean accesibles y tengan un precio justo.

### Apéndice

Las invenciones financiadas con fondos públicos y de propiedad pública desarrolladas con fondos federales se rigen por las normas de la Ley Bayh-Dole. Estas reglas otorgan a las agencias de financiación, como NIH, ciertos derechos sobre las invenciones desarrolladas con fondos de los contribuyentes para proteger el interés público, que incluyen:

El derecho a “participar” y licenciar la competencia cuando una corporación farmacéutica no logra que un medicamento esté disponible en términos razonables, o para aliviar las necesidades de salud o seguridad que el fabricante no satisface;[5] y una licencia intransferible, irrevocable y pagada para practicar o haber practicado la invención para o en nombre de los Estados Unidos en todo el mundo.[6]

La Ley Stevenson-Wydler, que rige los llamados acuerdos cooperativos de investigación y desarrollo (CRADA), otorga a los laboratorios gubernamentales que participan en dichos acuerdos derechos análogos a los anteriores, incluido el derecho a exigir a un colaborador que otorgue (o se otorgue a sí mismo) un contrato no exclusivo licencia, para atender necesidades de salud y seguridad no satisfechas razonablemente por el colaborador; y una licencia no exclusiva, intransferible, irrevocable y pagada para practicar o haber practicado la invención en todo el mundo en nombre del Gobierno.[7]

Los científicos del gobierno de los EE. UU. también suelen inventar o coinventar tecnologías biomédicas que incorporan componentes fundamentales de tratamientos

y vacunas. Por ejemplo, el gobierno federal ha presentado múltiples patentes que cubren el mRNA-1273 (también conocido como la vacuna NIH-Moderna), lo que probablemente otorga derechos significativos.[8] El gobierno de EE. UU. puede usar sus patentes para compartir conocimientos a través de licencias abiertas, promover los avances científicos y el acceso a medicamentos. Además, Bayh-Dole le otorga al gobierno federal derechos sobre cualquier invención que licencie, incluida la retención de una licencia pagada, irrevocable e intransferible para practicar o haber practicado la invención en todo el mundo en nombre del gobierno de los Estados Unidos. [9]

### Referencias

[1] <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/budget>

[2] <https://www.ineteconomics.org/research/research-papers/government-as-the-first-investor-in-biopharmaceutical-innovation-evidence-from-new-drug-approvals-2010-2019>

[3] <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/enzalutamide-march-in-royalty-free-Claire-Love-David-Reed-Army-4Feb2019.pdf>

[4] Consulte el apéndice a continuación para obtener una descripción de las autoridades de concesión de licencias pertinentes disponibles para el director de los NIH.

[5] 35 USC 203(a)(1) y (2)

[6] 35 USC 202(c)(4)

[7] 15 USC 3710a(b)(1)(A) y (B); Ver también 15 USC 3710a(b)(2) y (3)(D)

[8] <https://www.citizen.org/article/the-nih-vaccin>

[9] 35 USC 209(d)(1)

---

**OTRAS FUENTES**

---

## Diez circunstancias que nos abocan a una nueva pandemia

**Raúl Rivas González**

*The Conversation*, 01-06-2022, <https://theconversation.com/diez-circunstancias-que-nos-abocan-a-una-nueva-pandemia-182868>

Hemos considerado desde la Comisión de Redacción que este un artículo, con un enfoque clásico basado en los determinantes de la salud es útil para repasar los factores causantes de una nueva pandemia. Nuestro compañero de redacción Serapio Severiano señala la necesidad de añadir otros dos elementos: 1) La gobernabilidad de las pandemias, a nivel mundial con una visión global, y 2) el imprescindible acuerdo mundial previo de liberar las patentes de todos aquellas vacunas, medicamentos y tecnologías que se consideren esenciales para la lucha contra las próximas pandemias.

Que existan epidemias y pandemias no es nada nuevo. Basta un repaso a la historia de la humanidad para comprobar que la lucha de las personas contra las enfermedades infecciosas ha sido constante. La peste negra, el cólera, la tuberculosis, la gripe, el tifus o la viruela son tan solo algunos ejemplos de enfermedades que nos han dejado cicatrices imborrables.

Cada enfermedad requiere una actuación específica y la puesta en marcha de distintos mecanismos de prevención, respuesta y tratamiento. Por esta razón, es fundamental identificar los orígenes y los patrones de aparición de los patógenos.

En este sentido, alrededor del 60% de las enfermedades infecciosas emergentes que se notifican [a nivel mundial son zoonosis](#) (que se transmiten entre animales y humanos). Las estimaciones apuntan que, en todo el mundo, cada año, alrededor de mil millones de personas enferman y millones mueren a consecuencia de eventos zoonóticos. Y de los más de 30 nuevos patógenos humanos detectados en las últimas décadas, el 75 % [se han originado en animales](#).

La emergencia reciente de diversas enfermedades de origen zoonótico –la influenza aviar H5N1, la influenza aviar H7N9, el VIH, el Zika, el virus del Nilo

Occidental, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la enfermedad por el virus Ébola o la covid-19 (SARS-CoV2)– han planteado serias amenazas para la salud humana y el desarrollo económico mundial. En general son impredecibles, ya que muchas se originan en animales y son causadas por virus nuevos que solo son detectados una vez producido un brote. Sin embargo, hay al menos diez factores que ya sabemos a ciencia cierta que están vinculados a la aparición de una futura epidemia o pandemia. Los enumeramos.

### 1. Guerras y hambrunas

Los daños causados por la guerra son muchos y complejos. La muerte, las lesiones y el desplazamiento son los más obvios. Pero la aparición de epidemias infecciosas también está estrechamente relacionada con los conflictos bélicos.

En el año 2006, se informó de brotes de cólera en 33 países africanos, y en el 88 % de los casos los informes procedían de países afectados por conflictos bélicos. En los últimos años, diferentes países de Oriente Medio y África han sufrido brotes infecciosos como efecto directo de la guerra, [agravados por la escasez de alimentos y agua, el](#)

**Raúl Rivas González**

[desplazamiento y los daños a la infraestructura y a los servicios de salud.](#)

## 2. Cambio de uso del suelo

El cambio en el uso de la tierra es una modificación en el ecosistema inducida por el ser humano. Estas alteraciones pueden afectar a la abundancia y distribución de la vida silvestre, y la hacen más susceptible a la infección por patógenos. Además, al crear oportunidades de contacto nuevas, facilitan la circulación de patógenos entre especies, lo que en última instancia conduce a la infección humana y a una [mayor propagación de los patógenos.](#)

## 3. Deforestación

Con la deforestación y la fragmentación de los bosques favorecemos la extinción de especies especialistas en hábitats, permitiendo que prosperen las generalistas. Se ha [comprobado que las especies de vida silvestre](#) que son anfitrionas de patógenos, particularmente en el caso de murciélagos y otras especies de mamíferos como los roedores, son relativamente más abundantes en paisajes manipulados por el ser humano, como los ecosistemas agrícolas y las áreas

urbanas, que en sitios adyacentes no perturbados.

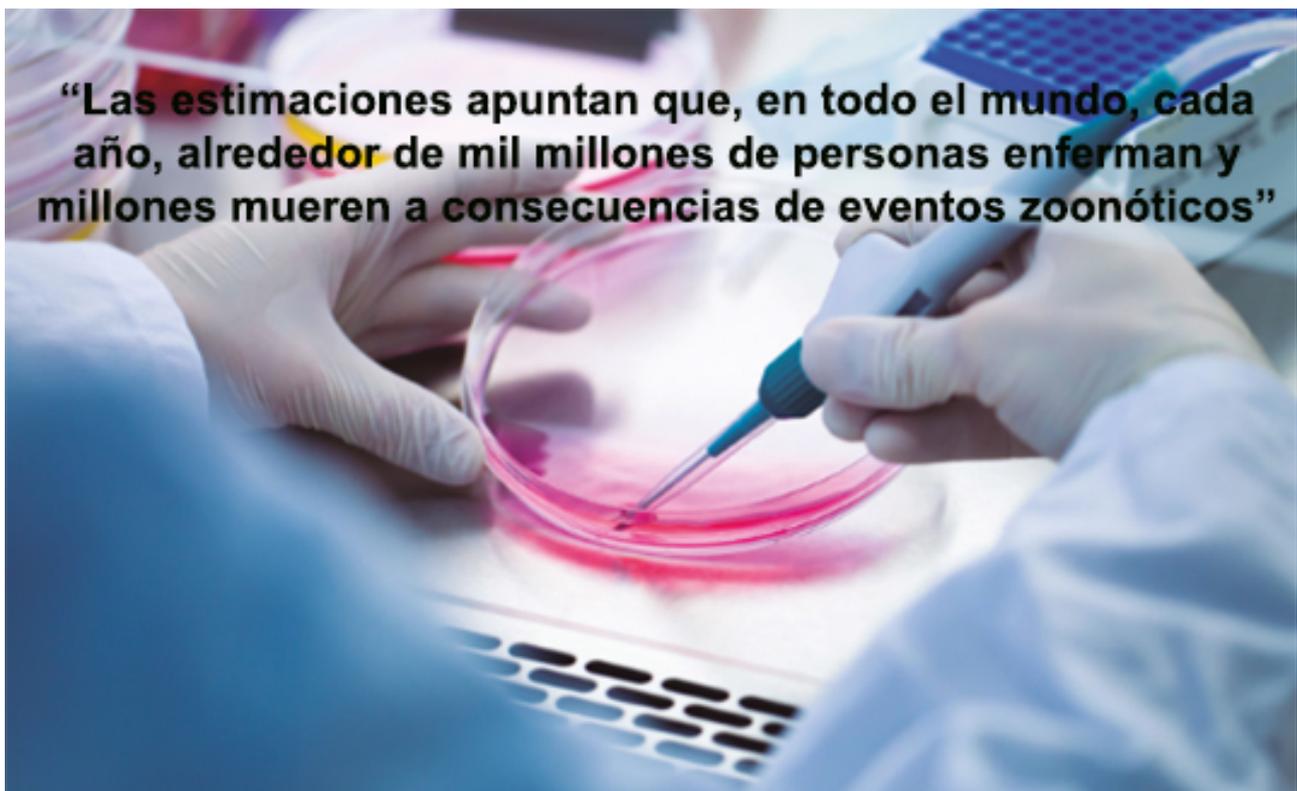
El establecimiento de pastos, plantaciones o granjas de ganadería intensiva cerca de los márgenes del bosque también puede [aumentar el flujo de patógenos de la vida silvestre a los humanos.](#)

## 4. Urbanización descontrolada y aumento poblacional

Los cambios demográficos en el tamaño y la densidad de la población a través de la urbanización afectan a la dinámica de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, la gripe tiende a exhibir brotes más persistentes [en regiones urbanas más pobladas y densas.](#)

## 5. Cambio climático

El cambio climático aumenta el [riesgo de transmisión viral entre especies.](#) Muchas especies de virus son todavía desconocidas, pero es probable que tengan la capacidad de infectar a los humanos. Por suerte, en la actualidad la gran mayoría circula silenciosamente en los mamíferos salvajes. Sin embargo, el aumento de las temperaturas provocará migraciones masivas



de animales que busquen condiciones ambientales más suaves, facilitando la aparición de puntos críticos de biodiversidad. Si llegan a áreas de alta densidad de población humana, principalmente en Asia y África, surgirán nuevas oportunidades para la propagación zoonótica al ser humano.

Predicciones recientes bajo escenarios de cambio climático apuntan que, para el año 2070, [la transmisión de virus entre especies aumentará unas 4.000 veces.](#)

## 6. Globalización

La globalización ha facilitado la propagación de numerosos agentes infecciosos a todos los rincones del planeta. La transmisión de enfermedades infecciosas es el mejor ejemplo de la creciente porosidad de las fronteras. La globalización y el aumento de la conectividad aceleran la posible aparición de una pandemia por la movilización constante de los microorganismos [a través del comercio y el transporte internacional.](#)

## 7. La caza, el comercio y el consumo de carne de animales silvestres

La transmisión de enfermedades zoonóticas puede ocurrir en cualquier punto de la cadena de suministro de carne de animales silvestres, desde la caza en el bosque hasta el punto de consumo. Los patógenos que se han propagado a los humanos a partir de la carne de animales silvestres son numerosos e incluyen entre otros [el VIH, el virus del Ébola, el virus espumoso de los simios o el virus de la viruela del mono.](#)

## 8. Tráfico ilegal de especies y mercados de animales salvajes

Un ecosistema natural con un alto grado de riqueza de especies reduce la tasa de encuentro entre individuos susceptibles e infecciosos, disminuyendo la probabilidad de transmisión de un patógeno. Por el contrario, los mercados de animales vivos y los recintos dedicados a ocultar animales destinados al comercio ilegal son lugares donde especies animales de todo tipo son enjauladas y hacinadas.

En esas circunstancias no solo comparten el mismo espacio insalubre y antinatural, sino también los ectoparásitos y endoparásitos vectores de enfermedades. Los animales sangran, babea y se defecan y orinan unos sobre otros, lo que lleva al intercambio de microorganismos patógenos y parásitos, [forzando interacciones entre especies que nunca deberían ocurrir.](#)

## 9. Evolución microbiana

Los microorganismos están en constante evolución en respuesta a las presiones de selección indirectas y directas en su entorno. Un claro ejemplo son los virus influenza tipo A, cuyo reservorio ancestral son las aves acuáticas, a partir de las cuales han conseguido infectar a otros tipos de animales.

Otro ejemplo evidente de la capacidad de los microorganismos para adaptarse rápidamente es el desarrollo mundial de [muchos tipos de resistencia antimicrobiana en patógenos humanos comunes.](#)

## 10. Colapso del sistema de salud pública

En las últimas décadas, en numerosos países, ha acontecido una retirada paulatina del apoyo financiero a los sistemas de salud pública. Esta situación ha diezmando la infraestructura esencial y necesaria para hacer frente a brotes epidémicos sorprendentes. La rápida aparición reciente de nuevas amenazas de enfermedades infecciosas como la covid-19, unida al resurgimiento de afecciones antiguas como el sarampión o la tuberculosis, [tiene implicaciones importantes para los sistemas de salud públicos mundiales.](#)

Debemos ser conscientes de que la preparación contra posibles futuras epidemias y pandemias requiere de un estudio profundo y concienzudo de los potenciales factores que facilitan la emergencia de enfermedades infecciosas. El análisis sosegado y crítico permitirá diseñar futuras estrategias de previsión y prevención.

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

158

**Research  
Paper**  
15 June 2022

**Twenty Years After Doha:  
An Analysis of the Use of the TRIPS  
Agreement's Public Health Flexibilities in  
India**

Muhammad Zaheer Abbas, PhD



**Veinte años después de Doha: un análisis del uso de datos públicos sobre los ADPIC. Flexibilidades sanitarias en la India**

SOUTH CENTRE, Muhammad Zaheer Abbas, 15-06-2022, [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/06/RP158\\_Twenty-Years-After-Doha.-An-Analysis-of-the-TRIPS-Agreements-Public-Health-Flexibilities-in-India\\_EN.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/06/RP158_Twenty-Years-After-Doha.-An-Analysis-of-the-Use-of-the-TRIPS-Agreements-Public-Health-Flexibilities-in-India_EN.pdf)

Muy interesante el reciente informe de South Centre donde se analizan de forma profunda los puntos débiles de los ADPIC y su posible utilización para conseguir la denegación de patentes en determinados casos.



**¿Ha llegado el momento de la salud global española?**

AGENDA PÚBLICA - EL PAÍS, Adrián Alonso Ruiz, 07-06-2022, <https://agendapublica.elpais.com/noticia/18020/llegado-momento-salud-global-espanola>

Adrian Alonso plantea en este artículo el concepto de salud global y la necesidad de que España se asuma de forma decidida una estrategia definida en ese sentido.



**Vacunas COVID-19 como bien público global: entre la vida y la ganancia**

SOUTH CENTRE, Katuska Rey y César Carranza, 09-05-2022, [https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/RP154\\_COVID-19-Vaccines-as-Global-Public-Goods\\_EN.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/RP154_COVID-19-Vaccines-as-Global-Public-Goods_EN.pdf)

De nuevo un buen informe de South Centre que aporta una gran profusión de datos interesantes de la inversión pública en las vacunas COVID.

# LA EXCLUSIÓN FARMACÉUTICA

Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia

Directores: Héctor C. Silveira Gorski  
Antonio Madrid Pérez

Tutor: Iñaki Rivera Beiras

Doctorado en Derecho y Ciencia Política

Doctorando: JON GÓMEZ GARMENDIA

**La exclusión farmacéutica. Un análisis criminológico sobre el caso de la hepatitis C en Galicia**

UNIVERSIDAD DE BARCELONA- TESIS DOCTORAL, Jon Gómez Garmendia, 14-01-2022, <https://www.tesisenred.net/handle/10803/673286>

A partir del próximo 13 de julio de 2022, la tesis doctoral de uno de los colaboradores de esta revista, Jon Gómez Garmendia, quedará a disposición del público de manera abierta. Para comentarios, dudas y opiniones el autor pone a disposición este correo electrónico: [kontracrimenes@gmail.com](mailto:kontracrimenes@gmail.com)

Esta investigación tuvo como objeto uno de los problemas relativos a la no garantía del Derecho al Acceso a los Medicamentos Esenciales (DAME): la exclusión farmacéutica. La finalidad del trabajo consistió en conocer y profundizar cómo se produce este daño. Nos encontramos ante una injusticia o violencia estructural impulsada por el deterioro del sistema sanitario (incluidos los recortes del gasto público) y la situación de monopolio de la industria farmacéutica.

Comisión de Redacción



**Integridad de los ensayos clínicos del COVID-19. Impacto en la salud global y la futura agenda regulatoria europea**

HAI, Till Bruckne y Jaume Vidal, mayo 2022, <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2022/05/COVID-19-Clinical-Trial-Integrity-May-2022.pdf>

Informe exhaustivo y muy útil de Health Action International sobre requisitos para garantizar la integridad de los ensayos clínicos sobre Covid.

## CONNECTICUT LAW REVIEW

**Licencias obligatorias de patentes durante pandemias**

OPEN COMMONS UCONN, Sapna Kumar, marzo 2022, [https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1510&context=law\\_review](https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1510&context=law_review)

Básico para conocer en profundidad la situación de las leyes de propiedad intelectual y de las licencias obligatorias en EEUU.

## El impacto de la propiedad y el tipo de administración de la residencia de ancianos en la mortalidad por todas las causas de marzo a abril de 2020 en Madrid, España

EPIDEMIOLOGIA, María Victoria Zunzunegui, Manuel Rico, François Béland y Fernando J. García López. 23-06-2022; 3(3):323-336. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030025>

Destacamos particularmente este artículo recientemente publicado de imprescindible lectura, pues en el texto los autores comprueban y demuestran el efecto letal de la colaboración público-privada en los primeros meses de la pandemia en Madrid. María Victoria Zunzunegui y los coautores nos presentan un escenario en los meses iniciales de la pandemia por Covid-19 que pone de manifiesto las causas profundas que llevaron a la terrible mortalidad en las residencias de mayores

Queremos señalar también en estas líneas el trabajo denodado y constante en esta línea de trabajo de denuncia de lo sucedido en las residencias, de uno de los coautores, Manuel Rico reflejado en su libro: "Vergüenza!: El escándalo de las residencias" cuya lectura recomendamos también vivamente.

## Resumen:

El objetivo es evaluar si el tipo de propiedad y administración de residencias de larga duración (LTCH) se asoció con la mortalidad por todas las causas en 470 LTCH en la Comunidad de Madrid (España) durante marzo y abril de 2020, los dos primeros meses de la COVID-19 pandemia.

Hay ocho categorías de tipo LTCH, que incluyen varias combinaciones de tipo de propiedad (con fines de lucro, sin fines de lucro y pública) y tipo de administración (completamente privada, privada con lugares alquilados por el sector público, gestión administrativa por contratación y completamente pública).

Se utilizó una regresión multinivel para examinar la asociación entre la mortalidad y el tipo de LTCH, ajustando el tamaño de LTCH, la propagación de la infección por COVID-19 y el hospital de referencia. Hubo 9468 muertes, una tasa de mortalidad del 18,3%.

Los LTCH públicos y privados tuvieron una mortalidad más baja que los LTCH bajo acuerdos de asociación público-privada (PPP). En el modelo totalmente ajustado, la mortalidad fue del 7,4 % (IC 95 %, 3,1–11,7 %) en los LTCH totalmente públicos en comparación con el 21,9 % (IC 95 %, 17,4–26,4 %) en los LTCH de propiedad pública con gestión administrativa por contratación. Estos resultados son un testimonio de las fatales consecuencias que tuvieron las alianzas público-privadas prepandémicas en el cuidado residencial de larga duración durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 en la Comunidad de Madrid, España





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