

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

Nº. 14
SEPTIEMBRE 2022

<https://accesojustomedicamento.org/>



<https://twitter.com/AjmRevista>

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

EDITORIALES

Posicionamiento de la AAJM sobre el anteproyecto de Ley del Medicamento. AAJM. 3

La ética global a debate. Vanessa López, directora de Salud por Derecho. 10

ORIGINALES

VIH SIDA, dolor y muertes evitables con medicamentos a precio justo. Fernando Lamata, presidente de honor de la AAJM. 11

Las patentes en los medicamentos: el inadmisibles proyecto para ampliar su monopolio con los modelos de utilidad. Ángel María Martín, inspector farmacéutico del SESCOAM - Soledad Cabezón, cardióloga del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). 13

La escasez de medicamentos en Brasil y la búsqueda por precios transparentes y justos, Daniela Alves, máster en Medicina - Brasil. 18

Rompiendo moldes, Fernando Lamata, médico psiquiatra. 22

TRIBUNA DE OPINIÓN

Esclavitud, patentes y derecho de acceso a los medicamentos. Pablo Martínez Segura, historiador y periodista. 24

OTRAS FUENTES

El sistema de cuádruple impuesto de los monopolios de patentes, Nicholas Shaxson. (29) / **Reclamando una salud pública mundial,** Zain Rizci. (43) / **No necesitamos monopolios de patentes concedidos por el gobierno para financiar la investigación sobre medicamentos,** Dean Baker (45) / **Pfizer condenado por "obscena" ganancia inesperada pandémica de 100.000 millones de dólares,** Global Justice Now (47) / **Moderna, entre las empresas, otorgó silenciosamente poderes para apoderarse de los derechos de patente durante los primeros días de la pandemia de COVID,** Lee Fang. (49) / **Puerto Rico tiene un grave problema farmacéutico,** Julio López Varona (54) / **¿COVID-19, el olvido?** Rafael Marín Marín (56).

INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS 58

IN MEMORIAM de JAVIER REY 62

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

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

Textos originales: *Licencia Creative Commons Atribución-No-Comercial—SinDerivadas 3.0 Unported*.

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

Nº 14. SEPTIEMBRE 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	
AAJM	
ISSN 2697-1712	
EDITORIALES	
Realizamiento de la AAJM sobre el antiproyecto de Ley del Medicamento. AAJM.	3
La ética global a debate. Vanesa López, directora de Salud por Todos.	10
ORIGINALES	
VII SIDA, dolor y muertes evitables con medicamentos a precio justo. Francisco Lamata, presidente de honor de la AAJM.	11
Los patentes en los medicamentos: el inadmisible proyecto para ampliar su monopolio con las medidas de calidad. Angelina María Martín, respecto farmacéutico de CEGSAH. Soledad Cabezón, socióloga del Hospital Virgen del Rocío-Sevilla.	13
La escasez de medicamentos en Brasil y la búsqueda por precios transparentes y justos. Daniela Alves, máster en Medicina - Brasil.	18
Rompiendo moldes. Fernando Lamata, médico psiquiatra.	22
TRIBUNA DE OPINIÓN	
Exclusividad, patentes y derecho de acceso a los medicamentos. Pablo Martínez Segura, farmacéutico y periodista.	24
OTRAS FUENTES	
El sistema de cobro del impuesto de los monopolios de patentes. Nicolás Sánchez (21) / Reclamando una salud pública mundial. Zan Ricci (42) / No necesitamos monopolios de patentes concedidos por el gobierno para financiar la investigación sobre medicamentos. Owen Sizer (43) / Pfizer condenado por "obscena" ganancia tras cada pandemia de 100.000 millones de dólares. David Justice New (47) / Moderna, entre las empresas, charge internacionalmente por sus ganancias de los derechos de patentes durante la pandemia de COVID-19. Los farmacéuticos. (48) / Puerto Rico tiene un grave problema farmacéutico. Julio López Vazquez (49) / COVID-19, el desafío. Feroz Hami Karim (56).	58
INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS	
IN MEMORIAM de JAVIER REY	62

EDITORIAL

Posicionamiento de la AAJM sobre el anteproyecto de Ley del Medicamento



Asociación Acceso Justo al Medicamento

La Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM) ha conocido el anteproyecto de ley del Medicamento elaborado por el Ministerio de Sanidad. La relevancia e importancia de esta ley ha llevado a analizar el texto y proponer una serie de modificaciones que consideramos absolutamente necesarias para garantizar un acceso justo a medicamentos y vacunas. A continuación reproducimos el texto acordado preliminarmente.

La entidad Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM), como respuesta a la Consulta pública previa sobre el Anteproyecto de Ley que modifica el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los Medicamentos y productos sanitarios, plantea en este escrito su opinión y propuestas.

La Consulta pública pretende recabar opinión acerca de:

- Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa.
- La necesidad y oportunidad de su aprobación.
- Los objetivos de la norma.
- Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias.

La Ley que se quiere modificar regula, entre otros aspectos, los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización y registro, la fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, el procedimiento para la financiación con fondos públicos, la fijación de los precios, la prescripción y dispensación, el uso racional de los medicamentos, etc.

Entre los problemas que el gobierno dice que pretende solucionar con la nueva norma se recoge: “adecuar la normativa a las necesidades y desafíos actuales y futuros en materia de política farmacéutica del Sistema

Nacional de Salud (SNS) desde todas sus vertientes”, y también “profundizar en medidas de racionalización del gasto farmacéutico”.

En el apartado relativo a la necesidad y oportunidad de su aprobación, el gobierno señala que “las agencias nacionales juegan un papel capital”. Así mismo dice que “los precios de venta de los medicamentos de uso humano ... están intervenidos” y que “la financiación pública de los medicamentos... es una competencia exclusiva del Estado”. Para justificar la necesidad de modificar la norma se recuerda que “en el año 2021 el gasto devengado neto en medicamentos de uso humano financiados por el SNS ascendió a casi 21.000 millones de euros” y que dicho gasto “ha tenido un incremento de un 7% respecto al año 2020”.

Argumenta además el Gobierno que la reforma de la regulación de medicamentos es una reforma incluida en el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. En el apartado de los objetivos de la norma se dice que los principales son:

- Modificar el sistema para calcular la aportación cuatrimestral que realizan al SNS los fabricantes, importadores y oferentes de medicamentos financiados con fondos públicos.
- Modificar el sistema de aportación farmacéutica.
- Modificar el sistema de precios de referencia.

- Consolidar la dispensación no presencial de medicamentos de dispensación hospitalaria y la telefarmacia en el SNS.

Cualquier otro que se considere necesario para alcanzar el objetivo general planteado.

En cuanto a las posibles soluciones alternativas y no regulatorias, el gobierno descarta la opción de no hacer nada, ya que esta alternativa afectaría a “la sostenibilidad del SNS”.

2. La entidad AAJM, de carácter voluntario y sin ánimo de lucro, sometida a la legislación vigente, tiene los siguientes fines recogidos en sus Estatutos:

- a). La defensa del derecho a acceder a los medicamentos en condiciones de igualdad en el sistema sanitario público.
- b). La lucha contra el abuso del sistema de patentes en todo aquello que implique una barrera para el acceso efectivo y equitativo de la población a los medicamentos.
- c). La defensa de un sistema sanitario público y de acceso universal.

3. Esta propuesta tiene presente los problemas que el gobierno quiere resolver con la modificación de la norma, “adecuar la normativa a las necesidades y desafíos actuales y futuros en materia de política farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde todas sus vertientes”, y también “profundizar en medidas de racionalización del gasto farmacéutico”. Estos se presentan a continuación en los siguientes apartados: 1) financiación pública de medicamentos y fijación de precios; 2) independencia de los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes; 3) Financiación de investigación clínica independiente; 4) prescripción de medicamentos; 5) transparencia; 6) interés público y valorización de la aportación del SNS al desarrollo de ensayos clínicos; 7) aportación de los usuarios; 8) incompatibilidades; 9) producción pública de medicamentos; 10) desabastecimientos; 11) gestión medioambiental y de residuos

1. Financiación pública de medicamentos y fijación de precios.

La viabilidad del SNS depende en gran medida de la contención y reducción de los elevadísimos precios de los nuevos medicamentos y de su incorporación a la cartera de servicios con la garantía de ser justos y equitativos.

Las modificaciones hechas por el gobierno en los últimos años no han servido para contener y reducir drásticamente los precios abusivos de los medicamentos, porque se han basado en las metodologías propuestas por la propia industria farmacéutica: diferentes modalidades del “pago por valor”. El resultado ha tenido un impacto directo en el exceso de gasto público en medicamentos se estima en más de 8.000 millones de euros anuales.

Para conseguir reequilibrar la balanza de los precios, la futura norma debe diferenciar claramente dos decisiones que actualmente se producen en el mismo proceso. Por una parte, la de la financiación pública y por otra la decisión del precio.

Para la decisión sobre la financiación pública se debe considerar si el medicamento es seguro y eficaz (verificación que deberán haber hecho las Agencias del Medicamento para su autorización). Además, debe estudiar si el precio que propone la empresa es coste-efectivo respecto a los tratamientos actuales (bien sean farmacológicos o de otro tipo). Por ello, solo se debe aprobar la financiación pública si el nuevo medicamento es eficaz, seguro y coste-efectivo (beneficio clínico incremental).

En cambio, para la fijación de precios, no se debe usar el criterio de coste-efectividad, ni de fijación de precio por valor, ni de beneficio clínico incremental, en cualquiera de sus modalidades (pago por AVAC, etc.). La razón es clara: los comparadores son precios de medicamentos que ya son abusivos. Si comparamos con esos

medicamentos, el nuevo precio será también abusivo, continuando una escalada imparable: 1.000 euros / tratamiento, 10.000 euros / tratamiento, 100.000 euros / tratamiento, 1.000.000 euros / tratamiento, etc.

Mientras haya patentes y monopolios en medicamentos, el precio debe fijarse en relación con el coste real de fabricación y de investigación, debidamente auditado: criterio del coste total. No debe fijarse “por valor”. La patente y el monopolio impiden la competencia. Si los medicamentos estuvieran libres de patentes, como los genéricos y biosimilares, y el Estado garantizara la competencia (evitando cárteles, oligopolios, etc.) el precio lo fijaría el mercado, acercándose progresivamente a los costes de producción. Pero, mientras haya patentes y monopolios, el precio debe remunerar el esfuerzo de fabricación y el esfuerzo en I+D.

La industria ha realizado una ofensiva contra este modelo de fijación de precios. También ha influido, a través de patrocinios de diversos “expertos” en la crítica a la fijación de precios por costes diciendo: que no es posible, cosa que es falsa. O que sería ineficiente, porque deberíamos pagar todos los costes, aunque fueran injustificados, lo cual también es falso, ya que en este método se exige a la empresa la auditoría de los costes.

El precio cercano al coste es lo que se paga en cualquier otro tipo de compra o inversión pública. No se aceptaría pagar 100 veces más de su coste por un ordenador, o por la construcción de un Centro de Salud. El precio cercano al coste, con los costes auditados, es lo que se negoció en la compra anticipada de vacunas en el caso de AstraZéneca y se intentó hacer, sin éxito, en las demás.

Sin embargo, la viabilidad del SNS depende de que los precios se acerquen a los costes reales de I+D, producción y distribución, más un margen de beneficio razonables. No

podemos estar pagando medicamentos contra el VIH/Sida, contra la hepatitis, o contra el cáncer a precios 10, 100 y 1000 veces por encima de los costes (incluso, por encima de los precios de genéricos que ya hay en otros países y no podemos importar por las restricciones que imponen las patentes y exclusividades). Además, lo hacemos de manera injustificada generando un exceso de gasto público anual en medicamentos y un derroche inadmisiblemente insostenible que nuestro sistema sanitario no se puede permitir. Este gasto repercute en un coste de oportunidad en un sistema en el que las necesidades sanitarias de la población no están restringidas a los medicamentos o tecnologías sanitarias, son también de una atención médica adecuada, pruebas clínicas o infraestructuras idóneas entre otras.

Mientras se termina con el modelo de patentes y exclusividades en medicamentos, que es la verdadera injusticia dentro del Sistema Sanitario, el precio de los medicamentos se debe fijar por coste, más un beneficio industrial moderado, similar al que se obtenga en otros sectores industriales.

Resulta fundamental dejar recogido el término de innovación y las implicaciones que tiene en su definición tanto por lo que tiene que ver con los dos procesos de financiación y el de fijación de precio, también con la propia valoración que el sistema haga de la calidad de la innovación. Este ejercicio deberá repercutir en los registros de propiedad intelectual gestionados por las diferentes autoridades competentes.

2. Independencia de los profesionales sanitarios y de las asociaciones de pacientes.

Una prescripción adecuada, un “uso racional” de los medicamentos, solo podrá garantizarse con una formación independiente de los profesionales y un patrocinio público de las guías clínicas y de la investigación. Mientras se permita el pago

de la formación, las guías clínicas, las cátedras de patrocinio, los congresos, las sociedades científicas, las publicaciones, etc., por parte de la industria, y se permita la percepción de incentivos económicos por parte de los profesionales (costeados, paradójicamente, por los pacientes y los servicios de salud mediante los precios abusivos), la prescripción estará sesgada inevitablemente y contribuirá a producir efectos adversos evitables y un aumento del gasto sanitario inútil y perjudicial.

Si reciben pagos para asistencia a cursos de formación, para financiar congresos, sociedades científicas, revistas, proyectos de investigación, etc., su opinión y su conducta clínica estarán condicionadas. Lo mismo ocurre con las asociaciones de profesionales y de pacientes y su posible participación en Comisiones y Foros con influencia en la toma de decisiones del SNS. Si reciben patrocinio, tendrán el sesgo del patrocinador.

Se debe garantizar la independencia de los profesionales sanitarios y de las asociaciones de pacientes. Por eso la Ley deberá garantizar la financiación pública de las actividades de formación e investigación de los profesionales sanitarios, así como de las asociaciones de pacientes con interés social. De la misma forma, todas las Guías Clínicas y otros Protocolos Oficiales que orienten el comportamiento clínico de los profesionales en el sector público, deberán ser de financiación pública.

Para ello deberá aumentar la participación de la industria en las aportaciones previstas en la Disposición Adicional Sexta del RDL 1/2015, hasta una cuantía tal que equipare las cantidades que ahora destina la industria a estos fines con los sobrepagos (unos 600 millones de euros anuales a “formación” y unos 1.000 millones de euros anuales a “investigación”).

Por otra parte, todos los pagos, públicos o privados, que reciba un profesional sanitario para actividades de formación, investigación, consultoría, etc., deberán ser publicados. De

la misma forma, todos los patrocinios que reciban las asociaciones y sociedades científicas serán publicados.

3. Financiación de investigación clínica independiente

Se deberá apoyar la investigación y desarrollo de medicamentos creando estructuras de apoyo (redes de ensayos clínicos no comerciales, plataformas para el desarrollo de medicamentos hasta la fase de comercialización, etc.).

En la arquitectura actual del sistema de innovación la financiación de ensayos clínicos independientes resulta crucial. Sin embargo, España ha ido desechando este instrumento que generaría un gran retorno al sistema público. Por una parte, completando un proceso de investigación que comienza y termina dentro del espacio público. El segundo lugar refuerza las capacidades de I+D del sistema actual, tan necesario para los pacientes y el futuro de la medicina personalizada, y por último fortalecería aún más la red pública de infraestructuras sanitarias.

Estos elementos son argumentos suficientes para apoyar la I+D de profesionales y clínicos en el espacio público y completar así sus estudios, para contribuir a la innovación, la mejora de los pacientes presentes y futuros y el definitivo fortalecimiento del SNS.

Por último, es fundamental que las autoridades competentes participen de manera directa en las agendas de investigación, asumiendo el liderazgo con estrategias que respondan a un I+D basada en las necesidades de la población y no en intereses privados. Por ello, se tomarán como referencia las recomendaciones de las instituciones internacionales con competencia en salud global y las propias nacionales y europeas. De esta forma los sistemas sanitarios actuales estarán preparados para responder a las necesidades en salud presentes y futuras.

4. Prescripción de medicamentos.

Es preciso mejorar la calidad de la prescripción. Se deben introducir medidas para la reducción de efectos adversos de medicamentos y la reducción de sobre prescripción. Para ello, es clave la independencia en la formación. Así mismo se debe mejorar la evaluación de la prescripción y la introducción de metodologías de de-prescripción. Se deberán establecer programas específicos en las residencias de personas mayores.

La prescripción de medicamentos en el ámbito público se deberá realizar por principio activo y el farmacéutico deberá dispensar el medicamento de precio más bajo para su agrupación homogénea.

5. Transparencia.

La transparencia es necesaria para una gestión eficaz y eficiente, así como para facilitar la participación democrática y el control y seguimiento de las decisiones de las administraciones públicas.

Es preciso reforzar la transparencia en todos los ámbitos relacionados con el medicamento: órganos de toma de decisiones; actas, contenidos y documentos de reuniones; coste de fabricación de los medicamentos; coste de I+D de los medicamentos; registro de ensayos clínicos; acceso público a la información, gasto sanitario desagregado, etc...

Los mecanismos de transparencia actuales son claramente insuficientes y requieren de medidas adicionales que permitan no solo el acceso a la información, también facilitar los ejercicios de rendición de cuentas en cuanto a las decisiones de financiación y precio, o el gasto ejecutado.

6. Incompatibilidades.

Declaración exhaustiva de intereses en posible conflicto. Se debe prohibir el ofrecimiento de incentivos económicos desde

la industria farmacéutica a personas que tengan que tomar decisiones en la aprobación de medicamentos, fijación de precios, prescripción, etc. Esto incluye a los expertos o profesionales que sean consultados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o que formen parte de sus comisiones y paneles.

Se deben evitar las puertas giratorias prohibiendo que los cargos públicos relacionados con el medicamento puedan ser contratados por empresas del sector hasta varios años después de dejar su cargo. Asimismo, se debe garantizar la financiación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con presupuesto público, evitando la dependencia de las empresas a través de sus pagos por informes, etc.

La pertenencia al Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS será incompatible con la percepción, directa o indirecta, de cualquier cantidad económica desde la industria farmacéutica (proyectos de investigación, asesoría, consultoría, docencia, participación en cursos, publicaciones, etc.).

7. Interés público y valorización de la aportación del SNS al desarrollo de ensayos clínicos

Todas las inversiones y subvenciones públicas deberán tener una cláusula de interés público, según la cual los productos resultantes tendrán licencia no exclusiva, tendrán precio de coste, y el sector público recibirá un retorno proporcional a su aportación.

Además, todos aquellos ensayos clínicos que se lleven a cabo dentro de la red pública del sistema sanitario deben establecer un sistema de valorización de los recursos humanos y materiales que se ponen a disposición de estos de manera que se cuente con información clara y transparente sobre los

costes que soporta el sistema y como debe repercutirse en el precio en términos de retorno público e interés general de la sociedad.

8. Aportación de los usuarios.

Los copagos, con carácter general, suponen una barrera al acceso. Son, además, una forma de privatización de la sanidad pública, transfiriendo al bolsillo de los pacientes parte del gasto sanitario público. La industria es partidaria de los copagos, incluso hasta el 100%, ya que “quita presión” a las Administraciones Públicas para la reducción del gasto farmacéutico innecesario. Sin embargo, los datos muestran como

incrementan tanto los copagos como el propio gasto farmacéutico.

Se debe suprimir la aportación de los usuarios, y se puede hacer de forma progresiva (en un horizonte de 4 a 8 años), de forma paralela a la reducción de precios de los medicamentos.

9. Fabricación pública de medicamentos.

Se deberá favorecer la fabricación pública de medicamentos de terapia génica, medicamentos de terapia celular somática y otros, que podrán ser desarrollados en las instituciones hospitalarias, con las garantías exigibles.



Se impulsará la fabricación industrial de medicamentos a través de una o varias empresas públicas, para garantizar suministros estratégicos de medicamentos y productos sanitarios. De la misma forma, la empresa pública podrá actuar fabricando o importando productos en los que el fabricante habitual fije precios excesivos abusando de la posición dominante. La empresa o empresas públicas nacionales podrán colaborar en acuerdos estratégicos con iniciativas de otros países de la UE, de la Comisión Europea, de la OMS o de Organizaciones sin ánimo de lucro.

10. Desabastecimientos

La nueva norma debe incluir específicamente elementos para controlar y mitigar los desabastecimientos. Para conseguirlo se propone lo siguiente:

- 1) Garantizar la obligación de notificar tanto la escasez real como la potencial (riesgo de desabastecimiento) y plazos de notificación más largos en caso de retirada del mercado de un medicamento por motivos comerciales;
- 2) Asegurar el reporte y la transparencia pública sobre los motivos del desabastecimiento de cada medicamento
- 3) La obligación, para las empresas farmacéuticas, de tener reservas (existencias) de seguridad de aquellos medicamentos de alto valor terapéutico;
- 4) Impulsar estrategias de producción pública de medicamentos desabastecidos que permitan cubrir las necesidades de la población.
- 5) Adecuar los marcos normativos de manera que permitan aumentar las posibilidades de preparación de medicamentos en la farmacia hospitalaria y en la farmacia comunitaria, cuando proceda (fórmulas magistrales sobre determinados tratamientos personalizados bajo normas de calidad, y seguridad y en situaciones específicas)

6) El desarrollo de planes de gestión y prevención;

7) La imposición de sanciones en caso de incumplimiento de las obligaciones.

11. Gestión medioambiental y de residuos.

Se deberá adaptar el sistema de financiación y fijación de precio con el fin de incorporar criterios medioambientales. Para ello, se necesita avanzar en el desarrollo de evidencia e indicadores que permitan la medición del impacto medioambiental de los medicamentos y productos sanitarios a largo plazo sobre la salud humana y el ecosistema, en lo referente a su producción, distribución, uso, almacenamiento y eliminación; y la puesta en marcha de un sistema de evaluación de los medicamentos que permita la clasificación y comparación sistematizada de su impacto medioambiental.

12. Licencias Obligatorias

La revisión de la regulación actual se presenta como una buena oportunidad para incorporar las licencias obligatorias, una de las principales flexibilidades de los acuerdos ADPIC, para medicamentos. Así debe ocurrir por motivos de interés público y el Gobierno debe considerar esta opción en cualquier momento.

Momentos como el que hemos vivido con la pandemia, hacen más necesario que nunca poder recurrir a estas flexibilidades para atender las necesidades de la población. Esta ha sido la posición de la Unión Europea en la Organización Mundial del Comercio, recientemente en la 12 Conferencia Ministerial de la OMC en junio de 2022.

Por ello, facilitar la ejecución de licencias obligatorias tanto en el proceso de decisión como en los aspectos más técnicos, son urgentes y deben acometerse lo antes posible aprovechando el proceso de revisión legislativa actual.

EDITORIAL

La ética global a debate

Vanessa López.

Directora de Salud por Derecho.



Este año 2022 y el próximo 2023 vienen cargados de procesos e iniciativas internacionales que tienen como foco la salud global y el acceso a los medicamentos. Los estragos de la pandemia de COVID-19 y la toma de conciencia sobre las fallas en el sistema de gobernanza mundial y sobre la falta de capacidades estratégicas en muchas de las áreas de respuesta a acontecimientos que amenazan la salud planetaria, ha motivado la puesta en marcha de una serie de procesos políticos a escala global y europea. Nos estamos refiriendo al Tratado Internacional de Pandemias, cuya discusión tomará al menos dos años; a la Estrategia Farmacéutica para Europa, cuya tramitación está en estos momentos suspendida; y a la Estrategia de Salud Global. Una de las cuestiones fundamentales, común a todos estos procesos estratégicos, será hasta qué punto las políticas que se diseñen van a atender a una ética y a una solidaridad global, tan precarias en el manejo de la COVID-19. También, si las medidas que se acuerden van a anteponer el interés público y el derecho a la salud de la población mundial por encima de los intereses económicos; algo que tampoco ha ocurrido durante la pandemia.

El pasado mayo, la Comisión Europea dio los primeros pasos para desarrollar la nueva Estrategia de Salud Global de la UE y desde entonces y hasta mediados de septiembre ha estado recopilando, a través de una consulta pública, las aportaciones de diferentes actores. El objetivo que persigue la Comisión Europea con esta nueva Estrategia (que revisa la de 2011) es preparar una política de acción sanitaria exterior que responda a los cambios que han ocurrido en la salud global y la geopolítica en los últimos

años, fortaleciendo el liderazgo de Europa en esta área.

En primer lugar, la estrategia debe tener como prioridad las necesidades de las personas y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, que deben ser el centro absoluto de las políticas europeas. La consolidación de la sanidad universal para todas las personas en términos de equidad, justicia y de garantía del derecho, incluidas todas las personas migrantes, es uno de los desafíos. Otro de los retos pendientes es la política de innovación: es necesario que Europa aprenda de los errores cometidos en el manejo de la pandemia y diseñe un nuevo modelo de I+D en el que los resultados fruto de los esfuerzos de investigación e innovación apoyados por Europa estén al alcance de todas las personas, con precios asequibles y como consecuencia de una propiedad intelectual compartida y no protegida por los monopolios. Es fundamental que se establezcan procesos transparentes, tanto en la toma de decisiones como en la rendición de cuentas, y que se apoye la producción descentralizada de tecnologías sanitarias, sobre todo en el Sur Global. Además, se debe reformular la política comercial para asegurar un uso más eficaz y extendido de las flexibilidades de los ADPIC, especialmente ante situaciones de crisis de salud nacional y global.

Además de todo lo relacionado con el acceso a los medicamentos hay otras áreas en la Estrategia de Salud Global que deben ser reforzadas: la UE debe acelerar los avances hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente hacia el objetivo de Cobertura Universal de la Salud y el de acabar con el VIH/sida como problema de salud pública

para 2030, y robustecer las políticas que aborden el cambio climático como un factor determinante en la salud global.

Es muy probable que estos procesos europeos tengan lugar durante el segundo semestre de 2023, con la presidencia

Española de la Unión Europea. Por ello, España debe asumir un liderazgo internacional con iniciativas que aseguren los principios de justicia y equidad poniendo el interés general y las necesidades de la población mundial por encima de intereses empresariales y comerciales.

ORIGINAL

VIH SIDA, dolor y muertes evitables con medicamentos a precio justo



Fernando Lamata.

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

Con motivo de la 24ª conferencia de la International AIDS Society, AIDS 2022, celebrada en Montreal, Canadá, entre el 29 de julio y el 2 de agosto, he repasado algunos datos que siguen interpelando nuestras conciencias.

Según datos de la OMS (para 2021), cada año mueren en el mundo 650.000 personas por VIH/SIDA (510.000 - 860.000). Así mismo, cada año se contagian 1,5 millones de personas. La misma fuente señala que 38,4 millones de personas viven con VIH / SIDA, y llama la atención sobre que un 25%, unos 7,7 millones de personas, no están recibiendo el tratamiento que necesitan (1).

Es cierto que, a lo largo de los últimos años, el número de personas que fallecen por VIH / SIDA ha disminuido, lo mismo que el número de personas que se contagian cada año. Pero siguen siendo muchas, demasiadas. Sobre todo porque el dolor y la muerte que sigue provocando esta enfermedad se podía disminuir drásticamente si los medicamentos se vendieran a precio de coste y si los

gobiernos invirtieran más en su difusión y administración...

Veamos un ejemplo reciente: el Cabotegravir (Apretude) es un medicamento inyectable que se utiliza para la profilaxis preexposición (PrEP) del VIH / SIDA, autorizado por la FDA en diciembre de 2021. El precio por persona y año (6 inyecciones) fijado por ViiV Healthcare (compañía relacionada con GSK), aprovechando el monopolio de la patente, es de 22.200\$ en EEUU (2). En algunos países de bajos ingresos la empresa aceptaría precios más bajos, a través de un acuerdo con Medicines Patent Pool que permitiría la fabricación a empresas de genéricos, bajo determinadas condiciones y restricciones (licencia voluntaria). Sin embargo, se teme que esos precios seguirían estando muy por encima de los costes de fabricación. Por otro lado, las empresas de genéricos tardarán varios años en fabricar el medicamento si no se facilita activamente la transferencia de tecnología (3).

David Ripin, vicepresidente ejecutivo de la Clinton Health Acces Initiative, ha estimado

los costes de fabricación del inyectable de Cabotegravir en 15,64 \$ por persona y año (4). Si EEUU y la UE fijaran precios cercanos al coste, podrían ofrecer profilaxis preexposición a todas las personas que la requieran. De esa forma, con mucho menos de la mitad de lo que se gastarían estos países en el medicamento a precio abusivo, se podría financiar el Cabotegravir inyectable a todas las personas que la necesiten en todo el mundo, y además se podrían reforzar los sistemas de salud para garantizar una atención adecuada.

Lo mismo ocurre con los medicamentos para tratamiento de la enfermedad. Como ejemplo citamos un trabajo de Joel Sim y Andrew Hill (5) donde se mostraba cómo el precio de dolutegravir en EEUU era de 20.130 \$. La mediana de precio en países de altos ingresos era de 9.164 \$ por persona y año, mientras que el coste del medicamento era 42 \$ por persona y año.

Si en la UE y EEUU se gastaran actualmente 18.328 millones \$ para tratar a 2 millones de personas que viven con VIH con los precios vigentes (9.164 \$), a precio de coste, esos tratamientos habrían supuesto solamente 84 millones \$. Con el resto de lo que nos gastamos cada año en los países ricos se podría ofrecer tratamiento a 38 millones de personas en todo el mundo, con medicamentos a precio de coste. En efecto, se precisarían 1.596 millones \$, y sobrarían 16.500 millones \$ que podrían destinarse a fortalecer los sistemas de salud de todos los países.

Es decir, con mucho menos del dinero que nos gastamos actualmente en los países de altos ingresos para medicamentos destinados a la prevención y el tratamiento del VIH / SIDA, podríamos tratar a todas las personas que lo necesitan en todo el mundo. Recordemos que en el mundo un 25% de personas con VIH / SIDA están actualmente sin tratamiento, lo que, además de su sufrimiento y el de sus seres queridos, causa la prolongación de la pandemia.

Es una inmoralidad que los altos ejecutivos de las empresas farmacéuticas fijen precios

abusivos, por encima del coste, para estos medicamentos. Es una irresponsabilidad que los gobiernos toleren estos precios abusivos, cuando fijando precios de coste (reembolsando además las cantidades gastadas en investigación que acrediten las empresas, y añadiendo un incentivo similar al de la industria no farmacéutica), se podría evitar el dolor y la muerte a miles de personas, terminando con una enfermedad que ha causado ya más de 40 millones de muertes y sigue siendo una amenaza de salud pública.

Si los gobiernos entendieran que la salud es un derecho humano y no un negocio para que se lucren unos pocos, cambiarían las reglas de juego, prohibirían las patentes de medicamentos, financiarían la investigación de forma transparente, harían obligatoria la transferencia inmediata de tecnología y conocimiento de cualquier avance científico que pueda mejorar la salud de las personas, y fijarían precios de coste para los medicamentos, impidiendo el abuso de los monopolios y la especulación.

¿No es terrible ser consciente de que este año morirán más de 600.000 personas por SIDA, cuya muerte se podía haber evitado con un precio justo de los medicamentos?

Referencias:

- (1) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- (2) <https://www.statnews.com/pharmalot/2022/07/28/viiv-gsk-hiv-aids-patents-licensing/>
- (3) <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/msf-viiv-must-do-more-accelerate-access-new-hiv-prevention-medicine>
- (4) <https://www.longactinghiv.org/files/inline-files/DavidRipin-LEAP2022.mp4>
- (5) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6248837/>

ORIGINAL

Las patentes en los medicamentos: el inadmisibles proyecto para ampliar su monopolio con los modelos de utilidad



Ángel María Martín Fernández-Gallardo.

Inspector Farmacéutico del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Soledad Cabezón Ruiz.

Cardióloga. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Máster en Derecho Sanitario. Experta en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Resumen

En medio de la mayor pandemia que ha padecido la humanidad en los últimos 100 años, con millones de muertos sin poder acceder por culpa de las patentes, a las vacunas y medicamentos contra el COVID que podrían haberlos salvado y con medio mundo exigiendo, incluido el Presidente del Gobierno de España, la liberación de las patentes que finalmente las multinacionales farmacéuticas han enterrado con ayuda de los sátrapas de la OMC, en España se inicia la modificación de la Ley de Patentes para permitir a los medicamentos acogerse a los modelos de utilidad, un coladero para disfrutar de 10 años más de monopolio del que la Ley actualmente les excluye. Y para justificarlo recurren a falacias tan obscenas como afirmar que es positivo para la competencia, lo que ha rebatido la propia Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), o que no hay una explicación razonable para su exclusión, aunque ya se sabe que no hay peor ciego que el que no quiere ver. Pero si la hay, no sólo para excluirlos de los modelos de utilidad sino también de las patentes.

La inteligencia competitiva de la industria farmacéutica

En 2017 el Jefe de Área de Modelos de Utilidad, Diseños Industriales y Topografías, de la Oficina Española de Patentes y Marcas, publicó en la revista Economía Industrial un

artículo de investigación sobre la inteligencia competitiva en el sector farmacéutico ⁽¹⁾ en el que concluye que “El sector farmacéutico, además de ser pionero en la utilización de la inteligencia competitiva, es un sector que utiliza de forma habitual y sistematizada técnicas o herramientas para conseguir sus objetivos, estableciendo unidades de inteligencia competitiva”.

Y sus objetivos los tienen claros. Primero asaltaron la competencia de los Estados para decidir si otorgan o no patentes a los medicamentos y les impusieron esa obligación en 1994 camuflándola en los acuerdos de constitución de la Organización Mundial de Comercio, invisibilizándolos en el artículo clave que regula la materia patentable y lo que se puede excluir de patentabilidad.

Como 20 años de monopolio les sabían a poco, consiguieron otros 5 años con los Certificados Complementarios de Protección. Y ahora los quieren ampliar 10 años más acogidos a los modelos de utilidad, pero la vigente Ley de Patentes de España si les excluye expresamente.

Objetivo: diez años más de monopolio para los medicamentos

Camuflado en un anteproyecto de Ley que modifica tres leyes a la vez ⁽²⁾, una de ella la

de Patentes de 2015, se oculta el asalto de la industria farmacéutica a una de las escasas barreras de contención que quedan en nuestra legislación y que les impide convertir las patentes de los medicamentos en imperecederas, prolongando los derechos de exclusividad de sus medicamentos, sine die, por periodos adicionales de 10 años acogiéndose a los modelos de utilidad. Con este modelo les bastaría con cualquier modificación que hiciesen de la que resulte alguna ventaja para su uso. Pero la Ley Española de Patentes de 2015 excluye expresamente de poder proteger como modelos de utilidad a las sustancias y composiciones farmacéuticas.

Y lo quieren hacer como suelen, como ya hicieron en los ADPIC, invisibilizando la medida camuflándola con la eliminación de un párrafo aparentemente superfluo, el que impide a los medicamentos acogerse a los derechos de explotación exclusivos que concede el Estado por modelos de utilidad, previstos para inventos menores que no pueden ser protegidos por una patente. Si se elimina ese párrafo, cualquier modificación menor en la presentación de un medicamento protegido por el monopolio de su patente le permitirá prolongar su periodo de exclusividad en España. Así, por ejemplo, una presentación para niños que se acoja al modelo de utilidad conseguiría 10 años de exclusividad en España. En cambio, investigar y obtener la indicación de uso en

pediatría del medicamento da derecho a extender la patente 6 meses.

El coladero de los Modelos de Utilidad

Para la concesión de un modelo de utilidad no se controla prácticamente nada, más allá de si se presentan bien los papeles y se pagan las tasas anuales. El artículo 142 de la Ley (3) dice que para las solicitudes de modelos de utilidad “La Oficina Española de Patentes y Marcas **no examinará** la novedad, la actividad inventiva, la suficiencia de la descripción o la aplicación industrial. **Tampoco** se realizará el informe sobre el estado de la técnica **ni se emitirá** la opinión escrita, previstos para las patentes de invención.” Un coladero en toda regla y con él, si no hay oposición, en tan solo 5 meses habrán conseguido ampliar su monopolio en España por otros 10 años más.

Algunos dirán que eso no sería posible acogiéndose a los modelos de utilidad, pero si John Keogh consiguió en Australia un modelo de utilidad por reinventar la rueda (4) y por el que obtuvo el premio IgNobel de Tecnología (5), que no conseguirán las multinacionales farmacéuticas con sus ejércitos de abogados, expertas en crear matorrales de cientos de patentes para proteger sus medicamentos, para no renunciar a 10 años más de monopolio si se lo ponen en bandeja con los modelos de utilidad.

El modelo de utilidad AU2001100012 concedido al inventor de la rueda:

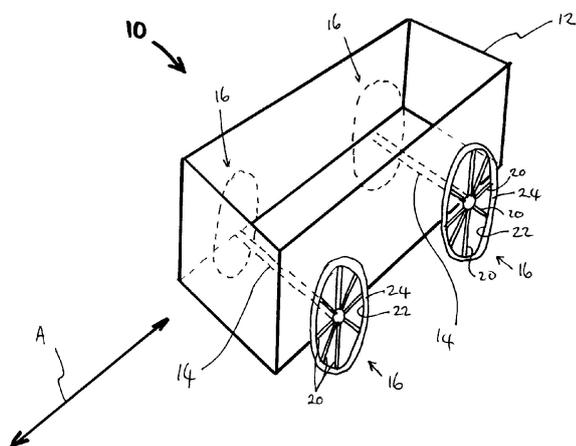


FIGURE 1

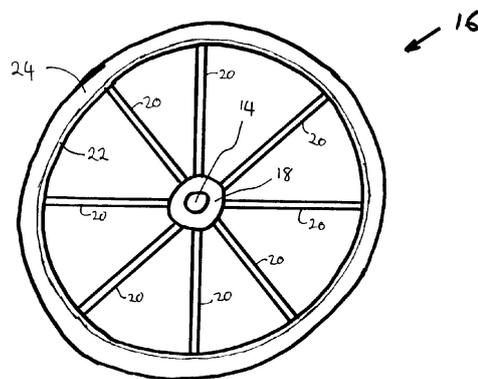


FIGURE 2

Fuente (4)

Y lo quieren conseguir como saben hacerlo, sin ruido y bien diluido en un anteproyecto que modifica tres Leyes tratando de pasar desapercibido. Y ha sido la CNMC, a quien preceptivamente se debe pedir informe, la que con sus alegaciones críticas ha levantado la liebre (6).

Y también lo hacen mintiendo.

Las cinco falacias del anteproyecto

Una falacia argumentativa es una mentira escondida en un argumento que parece válido y cierto. Pues bien, la Memoria del impacto normativo con la que el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo trata de justificar este disparate, contiene no una sino al menos cinco falacias (7).

Primera mentira: Dice en el punto XXVI que “se elimina la prohibición de la protección a través de los modelos de utilidad de las sustancias y composiciones farmacéuticas por la indefinición jurídica del concepto”. Pero si sólo se quisiera dar seguridad jurídica, se limitarían a aclarar en la Ley lo que son “las sustancias y composiciones farmacéuticas”, porque lo saben perfectamente ya que está aclarado en la exposición de motivos de la vigente Ley de Patentes de 2015, que dice “También se amplía el área de lo que puede protegerse como modelo de utilidad, hasta ahora prácticamente restringido al campo de la mecánica, excluyendo tan solo, además de los procedimientos e invenciones que tienen por objeto materia biológica, que también lo estaban, las sustancias y composiciones farmacéuticas, **entendiendo por tales las destinadas a su uso como medicamento en la medicina humana o veterinaria.**

Y esa supuesta indefinición es la que impide que un medicamento, que ya ha gozado de 20 años de patente y 5 más con los certificados complementarios, pueda disfrazarse de nuevo para beneficiarse de otros 10 años más de exclusividad del mercado acogiéndose al primer párrafo de los modelos de utilidad: “invención industrial que dé a un producto una ventaja apreciable para su uso”. Y como resultado, si no se excluyesen, cualquier variación de la

presentación de un medicamento podría beneficiarse. ¿O acaso no es una ventaja apreciable para su uso tomar un comprimido al día en lugar de uno cada 6 u 8 horas, un implante a la semana en lugar de un comprimido cada 8 horas, o una forma líquida en un niño?

Si lo que se quisiera es dar seguridad jurídica, bastaría con aclarar en el texto lo que son “las sustancias y composiciones farmacéuticas”. Pero no lo hace porque no es eso lo que se pretende. Lo que se pretende es incluir a los medicamentos es los modelos de utilidad.

Segunda mentira: Dice también que “se elimina por la dificultad en la diferenciación de una sustancia y composición farmacéuticas”. De nuevo léanse la exposición de motivos de la vigente Ley de Patentes de 2015: “son **las destinadas a su uso como medicamento en la medicina humana o veterinaria**”. Y en caso de duda de si es una sustancia o una composición, tampoco parece relevante puesto que ambas están excluidas de los modelos de utilidad. Pero si aun así desean saber más, la propia OMPI se lo aclara (8): “La denominación común internacional (DCI), conocida también como nombre genérico, identifica una sustancia farmacéutica o un ingrediente farmacéutico activo. Se trata de un nombre único mundialmente reconocido que pertenece al dominio público. Algunos ejemplos de DCI son el ibuprofeno, el paracetamol y el ritonavir. El objetivo del sistema de DCI es proporcionar a los profesionales de la salud una denominación única y universal para identificar cada sustancia farmacéutica”.

Tercera falacia: Dice ese mismo punto que esta exclusión no existe en la legislación comparable en Alemania, ni existe una justificación razonable para su existencia. Pero no dice que en Alemania para los modelos de utilidad se exige un paso inventivo y en España no, ni que en Alemania un modelo de utilidad se puede anular por la Oficina de Patentes mientras que en España hay que irse a tribunales para anularlo. Tampoco dice que en otros países avanzados como EEUU o Reino Unido no

existen los modelos de utilidad ni que Australia los abolió en 2020.

Y también manipula lo que es obvio: si por sus especiales características la ley vigente los excluyó, lo que precisa de una justificación razonable no es la exclusión, sino el motivo por el que ahora se los quiere incluir privilegiando de nuevo a las multinacionales farmacéuticas.

La cuarta mentira considera que esta norma no afecta a los presupuestos de la Administración del Estado ni de otras Administraciones Territoriales. Pero como sabe cualquier responsable sanitario de los Servicios de Salud, cada exclusividad adicional que consiguieran las multinacionales farmacéuticas para prolongar el monopolio de sus medicamentos con patente le costaría al Sistema Nacional de Salud decenas de millones de euros.

Y la quinta mentira, la que considera que la norma tiene efectos positivos sobre la competencia es de tal descaro, que hasta la CNMC ha emitido un informe crítico muy claro (6): “Los modelos de utilidad funcionan generando monopolios para invenciones que no han demostrado superar los estándares de novedad y actividad inventiva, presupuestos de toda invención patentable, tanto jurídica como económicamente. Al concederse sin examen previo crean barreras a la entrada pues se traslada a los demandados y, por tanto, competidores actuales o potenciales- la carga de impugnar, en tiempo y forma, estos derechos exclusivos. Además, pueden frustrar, si se mantienen, la consecución del objetivo de favorecer la innovación y, en último término la competencia, ya que puede darse el supuesto de que las solicitudes de patente que no cumplan los requisitos de patentabilidad sean reconvertidas en modelos de utilidad, lo que generaría el efecto contrario de pervertir el sistema”.

La justificación razonable

Hay muchas razones para excluir a los medicamentos, no sólo de los modelos de utilidad sino también de la concesión de

patentes. La Asociación por un Acceso Justo al Medicamento ha venido denunciando el abuso del monopolio concedido con las patentes, que realizan las empresas farmacéuticas al exigir precios muy por encima de los costes de fabricación y de investigación. En efecto, precios 10, 100, 1000 veces o más por encima de dichos costes, suponen la ruptura del equilibrio entre el interés de los ejecutivos de las empresas farmacéuticas y el interés del conjunto de la sociedad, de los pacientes y los contribuyentes.

La presión de las compañías farmacéuticas logró que las patentes de medicamentos se autorizaran por algunos gobiernos a lo largo del siglo XX. Diversas sociedades médicas se opusieron, argumentando que las patentes supondrían una barrera al acceso al conocimiento médico y a productos que podían salvar vidas o aliviar el sufrimiento. Los hechos les dieron la razón.

El argumento de las empresas era que con las patentes y el monopolio que obtenían, podían poner precios más altos para recuperar la inversión en investigación. Y con ese argumento, y sus potentes acciones de lobby sobre los gobiernos, las empresas farmacéuticas consiguieron que, en 1994, se generalizaran las patentes de medicamentos a todo el mundo, con el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio. Pues bien, antes de la generalización de las patentes de medicamentos, entre 1950 y 1994, las empresas farmacéuticas obtuvieron unos beneficios sobre ventas que eran el doble de lo que obtuvieron el resto de empresas no farmacéuticas. Y esos beneficios eran después de pagar la investigación, la que tenía éxito y la que no. Lo que ocurrió después de 1994 es que aumentaron los beneficios sobre ventas, hasta 6 veces más del resto de empresas no farmacéuticas. Y al mismo tiempo, la innovación pasó a ser realizada en universidades, centros de investigación y pequeñas empresas con financiación mayoritariamente pública. Las grandes empresas compran los resultados de esa investigación a precio de coste, y luego,

con las patentes, fijan precios muy por encima de lo que supondría recuperar la inversión.

El abuso de las patentes de medicamentos en España, por precios excesivos, está estimado en más de 8.000 millones de euros anuales. Es el dinero que pagamos a las empresas por encima de los costes de fabricación y de todo lo que dicen que gastan en investigación, añadiendo, además, un beneficio industrial medio. Este abuso se agrandaría con la modificación de la Ley de patentes que propone el gobierno.

La modificación de la ley de patentes propuesta supondría una injusticia, al aumentar los gastos públicos y privados en medicamentos, cuando en este momento los precios ya son claramente excesivos. Lo que debería hacer el gobierno es proponer en la Unión Europea la supresión de las patentes en los medicamentos, así como de cualquier otro mecanismo de exclusividad de comercialización, o de datos, que conduzca a una situación de monopolio y abuso de precios. Al mismo tiempo, debería impulsar en nuestro país, en Europa y en la OMS un Convenio Internacional para la investigación y desarrollo de medicamentos, desvinculado de las patentes, como vienen proponiendo la OMS y la Secretaría General de la ONU desde hace años.

Referencias

1. La inteligencia competitiva: Una herramienta estratégica del sector farmacéutico (2017). Hidalgo Nuchera, Antonio; Fernández Arias, M. Paula; Ureña López, Alberto Penas García, Gerardo. Economía industrial Núm. 406 Pág. 105-114. Consultado el 27/09/2022. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6343645>
2. Anteproyecto de Ley por la que se modifican la Ley 17/2001, de 7 de diciembre, de Marcas, la Ley 20/2003, de 7 de julio, de Protección Jurídica del Diseño Industrial y la Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes. 2021. Consultado el 27/09/2022. Disponible en: https://www.oepm.es/export/sites/oepm/comun/documentos_relacionados/Noticias/2021/2021_10_19_Anteproyecto_Ley_Modificacion_Leyes_Texto.pdf
3. Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes. Consultado el 27/09/2022. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8328>
4. Australian Patent Office. Original document: AU2001100012 (A4) — 2001-08-02. Consultado el 27/09/2022. Disponible en https://worldwide.espacenet.com/publicationDetails/originalDocument?CC=AU&NR=2001100012A4&KC=A4&FT=D&ND=3&date=20010802&DB=EPODOC&locale=en_EP#.
5. The 2001 Ig Nobel Prize Winners. TECHNOLOGY: Awarded jointly to John Keogh of Hawthorn, Victoria, Australia, for patenting the wheel in the year 2001, and to the Australian Patent Office for granting him Innovation Patent #2001100012. Consultado el 27/09/2022. Disponible en <https://improbable.com/ig/winners/#ig2001>.
6. CNMC. Informe de proyecto normativo IPN/CNMC/024/ Anteproyecto de ley de modificación de la ley 17/2001 de 7 de diciembre de marcas la ley 20/2003 de 7 de julio de protección jurídica del diseño industrial y la ley 24/2015 de 24 de julio de patentes. Consultado el 27/09/2022. Disponible en <https://www.cnmc.es/sites/default/files/4252079.pdf>
7. Ministerio De Industria, Comercio y Turismo. Memoria del Análisis de Impacto Normativo. Consultado el 27/09/2022. Disponible en: https://www.oepm.es/export/sites/oepm/comun/documentos_relacionados/Noticias/2021/2021_10_19_Anteproyecto_Ley_Modificacion_Leyes_Main.pdf
8. OMPI. SCP/28/5. 4/junio/2018. Consultado el 27/09/2022. Disponible en https://www.wipo.int/edocs/mdocs/scp/es/scp_28/scp_28_5.pdf

ORIGINAL

La escasez de medicamentos en Brasil y la búsqueda por precios transparentes y justos



Daniela Alves.

Máster en Medicina por la Universidad Federal del Rio Grande del Sur (UFRGS-Brasil).
alves@ceiri.com.br

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año 100 millones de personas caen en la pobreza porque tienen que pagar medicamentos de su propio bolsillo^[1]. Comprar medicamentos no es una elección, es una cuestión de supervivencia.

Un informe^[2] de la OMS publicado en 2018 mostró que el costo de producción de la mayoría de los medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS era una pequeña fracción del precio final pagado por los gobiernos, los pacientes o los seguros de salud, lo que revela que la falta de transparencia con respecto a los precios pagados por los gobiernos significa que muchos países de baja y media renta pagan precios más altos por ciertos medicamentos que los países más ricos.

Brasil también enfrenta un escenario difícil para garantizar el acceso justo a los medicamentos. Un informe del Sindicato de Hospitales, Clínicas, Laboratorios y otros Establecimientos de Salud (SindHosp), publicado en marzo de 2021, mostró que 79% de los hospitales identificaron un aumento en el valor de los medicamentos durante la pandemia ^[3], con reportes de aumentos hasta 900%. Según el Consejo Regional de Farmacia del Estado de São Paulo, ese aumento fue considerado una de las principales razones de la escasez de medicamentos críticos para enfrentar la Covid-19 en las UTIs.

El problema de la escasez sigue siendo un problema serio en Brasil. Recientemente, la prensa brasileña informó que varias farmacias, hospitales y secretarías municipales de salud están advirtiendo sobre el desabastecimiento de diversos productos en todo el territorio nacional. “Desde el comienzo de la pandemia, nunca ha habido un retorno al suministro completo. Eso es muy preocupante, porque pasas a tener que, en un momento dado, priorizar algunos servicios”^[4], dijo Breno Monteiro, presidente de la Confederación Nacional de Salud.

También de acuerdo con el comunicado de prensa, el Consejo Federal de Farmacias enumeró más de 40 medicamentos en desabastecimiento. Entre ellos, las dipironas, el paracetamol infantil y la amoxicilina con clavulanato, muy utilizados ante el aumento de las enfermedades respiratorias. También se debe considerar que en los primeros cuatro meses de 2022 hubo un aumento del 30% en las hospitalizaciones de niños de hasta cinco años por síndrome respiratorio agudo severo en comparación con el mismo período del año pasado^[5]. La situación empeora aún más con los hospitales públicos anunciando el aplazamiento de las cirugías también por falta de medicamentos. ^[6]

En este escenario de desabastecimiento la Cámara de Regulación de Precios de Medicamentos (CMED) publicó la Resolución n° 7/22 ^[7] para la liberación temporal de precios de medicamentos en

riesgo de desabastecimiento en el mercado brasileño. La justificación de esta acción fue que la medida puede evitar la continuación del desabastecimiento.

CMED, creada en 2003 por la Ley nº 10.742/2003, es el órgano interministerial responsable por la regulación económica del mercado de medicamentos en Brasil. Está integrado por un Consejo de Ministros de Estado, órgano superior de decisión; un Comité Técnico-Ejecutivo, que funciona con un núcleo consultivo; y por una Secretaría Ejecutiva, ejercida por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

Tras el anuncio de la liberación temporal de precios, el Instituto Brasileño de Protección al Consumidor (IDEC) envió una carta [8] a CMED cuestionando la medida y exigiendo que se realice un análisis de impacto regulatorio y un estudio preliminar, fundamentales para justificar la eliminación del techo de los precios.

Ana Carolina Navarrete, coordinadora del Programa de Salud del IDEC, presenta que tenemos un problema estructural de salud pública. *“La solución proporcionada por CMED ya ha demostrado ser ineficaz en otros momentos y tiene el potencial de afectar a los consumidores y al*



sistema de salud, con aumentos de precios. Por ello, es fundamental realizar un análisis de impacto regulatorio, tal y como determina la ley”, refuerza Navarrete.

IDEA recuerda que CMED implementó la misma medida en 2018, cuando Brasil padecía por la escasez de penicilina, un medicamento de bajo costo para las arcas de las industrias e imprescindible para el tratamiento de la sífilis congénita. Sin embargo, la medida no resolvió el problema estructural de la producción de medicamentos y aun así implementaron nuevamente una solución ineficaz buscando un resultado diferente.

En un escenario en el que ya se cuestiona la falta de transparencia de la industria farmacéutica, esta medida relaja las reglas de control de precios de los medicamentos y quita a las empresas el deber de justificar los valores practicados. También se debe señalar que la medida impacta directamente a la población brasileña con aumentos de precios.

No existen alternativas que resuelvan el problema en muy corto plazo, ya que la solución debe abordarse estructuralmente aumentando la capacidad productiva local, implementando una política de precios adecuada/transparente y una política pública de innovación de largo plazo.

Las medidas efectivas para resolver este grave problema parecen estar lejos de nuestra realidad, pero hay un proyecto de ley (5591/2020 [9]) en curso en el Senado brasileño con propuestas concretas para mejorar la regulación del mercado de medicamentos con la definición de precios de una manera más democrática y transparente.

Según el autor de la propuesta, el senador Fabiano Contarato (REDE-ES), el actual modelo normativo no cumple el papel de “mantener en niveles aceptables los gastos de las familias, los operadores de planes de salud y el Sistema Único de Salud (SUS) con medicamentos” [10].

El senador también propuso criterios para fijar y ajuste positivo (aumento) o negativo (disminución) de precios de medicamentos, además de monitorear precios abusivos en alianza con el Sistema Nacional de Defensa del Consumidor y el Sistema Brasileño de Defensa de la Competencia. Actualmente, no es posible realizar un ajuste de reducción de precio, solo es posible realizar un ajuste por aumento de precio.

El proyecto de ley también determina que se utilicen como parámetro los precios aplicados en países socioeconómicamente compatibles con Brasil. Este es también un elemento importante, ya que cambia la metodología de precios actual de CMED, que utiliza como referencia un conjunto de nueve países (Estados Unidos, Francia, Portugal, Nueva Zelanda, Australia, Canadá, España, Grecia e Italia) con realidades sociales, capacidades económicas y productivas muy diferentes a las de Brasil. Este criterio contribuye aún más a distorsionar el techo del precio desvinculándolo de la realidad local.

La propuesta también introduce más criterios de transparencia de costes y precios en el sector farmacéutico de una forma sin precedentes en el país:

“Arte. 16. El registro de drogas, medicamentos, insumos farmacéuticos y afines, dada su finalidad sanitaria, medicinal o profiláctica, curativa, paliativa o incluso diagnóstica, está sujeto, además de cumplir los requisitos de registro, a los siguientes requisitos específicos:

VII – presentación de las siguientes informaciones económicas, que se harán públicas:

- a) precio del producto practicado por la empresa en todos los países donde la empresa posee el registro del medicamento;*
- b) políticas de descuento aplicadas por el fabricante en otros países, en compras públicas, en los últimos tres años, si los hubiere;*
- c) políticas de descuento aplicadas por el fabricante a las ventas minoristas de productos*

- farmacéuticos, en los últimos tres años, en todos los países donde la empresa posee el registro de medicamentos, si los hubiere;*
- d) *políticas de descuento aplicadas por el fabricante sobre las ventas a los distribuidores de medicamentos, en los últimos tres años, en todos los países donde la empresa posee el registro de medicamentos, si los hubiere;*
- e) *valor de adquisición de la sustancia activa del producto;*
- f) *costo del tratamiento por paciente;*
- g) *número potencial de pacientes;*
- h) *precio que pretende practicar en el mercado interno, con un desglose de la carga tributaria;*
- i) *desglose de la propuesta de comercialización del producto, incluyendo los gastos estimados con el esfuerzo de ventas y con publicidad y propaganda;*
- j) *precio del producto que ha sido modificado, en caso de cambio de fórmula o forma;*
- k) *listado de todos los productos sustitutivos del mercado, junto con sus respectivos precios.;*
- l) *costos de ensayos clínicos realizados en el desarrollo de medicamentos innovadores o bajo protección de patente, incluida la discriminación de financiación pública y privada, incluso si se realizan fuera de Brasil;*
- m) *costos de investigación preclínica para medicamentos innovadores o bajo protección de patente, incluida la discriminación de financiamiento público y privado, incluso si se lleva a cabo fuera de Brasil;*
- n) *otros costos de investigación y desarrollo de medicamentos innovadores o medicamentos bajo protección de patente, incluida la discriminación de financiamiento público y privado, incluso si se realizan fuera de Brasil;*
- o) *todos los derechos de patente y las solicitudes de patente pendientes que la empresa posee en relación con el medicamento.”*

La iniciativa también incluye fortalecer el control social ampliando la composición del CMED con representantes de las entidades de protección al consumidor, control social en salud, gestores estatales y municipales de salud y la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS).

Los ítems sobre transparencia y control social son fundamentales para la definición

de precios justos, ya que sólo pueden establecerse con parámetros objetivos de evaluación y amplia verificación. No es aceptable que la industria farmacéutica siga fijando precios sin una justificación adecuada y comprobable.

Este proyecto de ley, si se aprueba, podrá ser un importante paso para nivelar las enormes distorsiones de precios que existen actualmente, pero esta acción debe ser acompañada de otras medidas estructurales para fortalecer la capacidad productiva local y las políticas públicas de innovación.

Referencias

- [1] <https://www.who.int/news/item/13-04-2019-at-who-forum-on-medicines-countries-and-civil-society-push-for-greater-transparency-and-fairer-prices>
- [2] <https://gh.bmj.com/content/3/1/e000571>
- [3] <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-medicamentos-e-epis-sobe-ate-900-para-hospitais-particulares-de-sp/>
- [4] <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/06/27/hospitais-e-farmacias-em-todo-o-brasil-relatam-falta-de-medicamentos-principalmente-infantis.ghtml>
- [5] <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/20/aumentam-os-casos-de-doencas-respiratorias-principalmente-entre-criancas.ghtml>
- [6] <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/05/16/hospitais-publicos-de-sao-paulo-adiam-cirurgias-por-falta-de-medicamentos.ghtml>
- [7] <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-7-de-1-de-junho-de-2022-404857010>
- [8] <https://idec.org.br/release/idec-questiona-cmed-sobre-medida-que-suspende-teto-de-precos-de-medicamentos>
- [9] <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/146083>
- [10] <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/01/15/projeto-estabelece-mais-transparencia-na-precificacao-de-medicamentos>

ORIGINAL

Rompiendo moldes



Fernando Lamata.

Médico psiquiatra. Experto en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios

Acaba de publicarse [La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves – Conversaciones con protagonistas](#), de Begoña Olabarría y Manuel Gómez Beneyto, en donde recogen 24 entrevistas / conversaciones con psiquiatras y psicólogos clínicos que impulsaron y protagonizaron la reforma psiquiátrica en nuestro país: Valentín Corcés Pando, M^a Eugenia Diez Fernández, Luis Doria Prieto, Consuelo Escudero Álvaro, Antonio Espino Granado, Marisol Filgueira Bouza, José García González, Ramón García López, Miguel Anxo García Álvarez, Sergio García Reyes, Manuel Gómez Beneyto, Manuel González de Chávez, Onésimo González Álvarez, Enrique González Duro, Ladislao Lara Palma, Margarita Laviana Cuetos, José Leal Rubio, Marcelino López Álvarez, Víctor Pedreira Crespo, Javier Pérez Montoto, Alicia Roig Salas, Carmen Sáez Buenaventura, Teresa Suárez Rodríguez y Francisco Torres González.

Conozco a la mayoría de las personas entrevistadas y valoro mucho su aportación a la mejora de la atención a las personas con problemas de salud mental. Los autores de la obra, Begoña Olabarría y Manuel Gómez Beneyto, han acertado al seleccionar a este selecto grupo, y al plantear los distintos aspectos de la reforma con profundidad. Sin duda hay muchas otras personas que han contribuido y contribuyen a la reforma psiquiátrica, pero las que aquí comparten sus reflexiones y recuerdos han sido claves, incluyendo a los dos autores. Y, por eso, su mirada, su testimonio, su análisis crítico, aportan conocimiento sobre unos procesos muy complejos, que mostraron que es posible transformar la realidad de la atención psiquiátrica cuando se suma el compromiso de los profesionales, el conocimiento técnico, la voluntad política y la apuesta por un proyecto viable.

El libro se centra en las décadas de 1970 y 1980, y nos muestra cómo los procesos de reforma psiquiátrica se imbricaron en otros procesos más amplios de reforma sanitaria y de transformación política. La lucha por la democratización de las instituciones psiquiátricas fue la lucha por la democracia en España; la defensa de los derechos humanos de los pacientes, y la exigencia de

un trato digno, fue la lucha por los derechos civiles, sociales y políticos de la sociedad española. Los procesos de reforma psiquiátrica se convirtieron así en punta de lanza de otros procesos más amplios, quizá porque en ese ámbito la situación de las personas era más crítica, y las contradicciones entre la retórica y la realidad eran más evidentes.

Lógicamente, las visiones de cada protagonista son distintas. Pero todas aportan algo de luz, y muestran que aquella fue una época vivida apasionadamente, con sentido. Y que tuvo resultados positivos para las personas diagnosticadas y tratadas, casi siempre en condiciones inaceptables, en los antiguos manicomios.

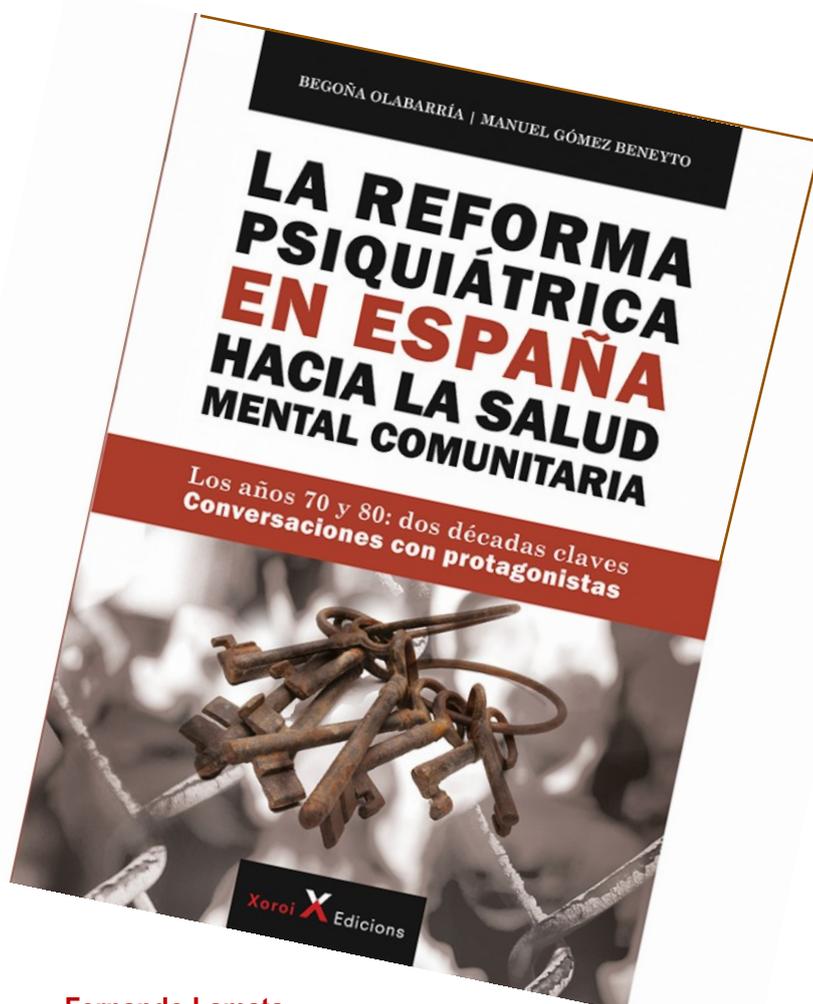
La reforma psiquiátrica siguió avanzando en los años 90 y 2000, más o menos, según las Comunidades Autónomas -responsables de la gestión sanitaria pública-. Entonces, las familias asumieron un papel protagonista a través de sus asociaciones. Y más tarde -ahora mismo- las personas diagnosticadas, las personas con experiencia propia, han tomado la palabra. Yo que viví el inicio de la reforma y hablo hoy con los representantes de Salud Mental España, puedo asegurar que el cambio ha sido notable.

Ahora bien, queda mucho por hacer. Ha habido retrocesos -contrarreforma- en varias Comunidades Autónomas, sobre todo después de la crisis financiera, a partir de 2010. Hoy en día, el gasto sanitario público destinado a Salud Mental es la mitad del que sería necesario para ofrecer una atención comunitaria de calidad. Y del gasto actual en salud mental, más del 40% se destina a gasto farmacéutico, lo que muestra un grave desenfoco en los programas y servicios de salud mental, con nefastas consecuencias para la atención.

Cito aquí unos párrafos de los autores en la presentación de la obra: “Hoy encontramos una penetración creciente de distintos intereses económicos en el Sistema Nacional de Salud; el papel de la industria farmacéutica en el proceso formativo de los profesionales y en la formación continuada y sus tendencias fragmentadoras en la aplicación separada de los saberes al servicio

de jerarquías profesionales corporativistas que ahogan desarrollos necesarios; la desatención a las nuevas necesidades y demandas de una población afectada por importantes cambios demográficos, sociales, étnicos, económicos, y culturales; las necesidades surgidas de las concepciones provenientes de la atención sanitaria realizada en sistemas complejos y en su articulación con otras redes de servicios y prestaciones (Servicios Sociales, Justicia, Educación, etc.), todo ello obliga a reflexionar, debatir y elegir entre opciones de desarrollo e implementación de prestaciones y modelos clínicos en la atención pública de la Salud Mental. Para ello también creemos de utilidad este texto”.

Sin duda es un texto útil para conocer la evolución de nuestro país, de la sanidad pública y de la atención psiquiátrica. Y solo conociendo los procesos de cambio seremos capaces de aprender para hacerlo mejor.



FICHA BIBLIOGRÁFICA

OLABARRIA, Begoña y GÓMEZ BENEITO, Manuel.

La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves – Conversaciones con protagonistas.

**Editorial: Xoroi Edicions.
Colección: ConeXiones.
Barcelona. 2022. 824 págs.**

TRIBUNA DE OPINIÓN

Esclavitud, patentes y derecho de acceso a los medicamentos



Pablo Martínez Segura.

Historiador y periodista, miembro de las comisiones Editorial y de Redacción de la rAJM.

Las razones de la afiliación a un determinado grupo no han sido estudiadas hasta épocas muy recientes por sociólogos y psicólogos. Parece haber coincidencia en que confluyen motivaciones de identidad, solidaridad o ideología, pero existe una amplísima variabilidad, aunque puede percibirse que no es lo mismo afiliación que identificación partidaria. La primera comporta de manera racional la opción de desafiliarse, mientras que la segunda es una amalgama de elementos más complejos, muchos de ellos subconscientes, que tienen que ver con las relaciones familiares y sociales, el modo de vida o la percepción individual de que la identificación con el grupo es una opción de supervivencia (1).

Pertenezco, de forma voluntaria, a la *Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM)*, entidad sin ánimo de lucro que considera que dicho acceso es fundamental para mejorar la calidad de vida, resulta primordial para tener una existencia digna y, en ocasiones, puede ser una cuestión de vida o muerte. Insistimos en que el abuso de la patente por parte de las compañías farmacéuticas y la fijación de precios altísimos y desproporcionados, hacen que la barrera de acceso sea el precio y no el coste. Desde el punto de vista de la AAJM: “la dificultad de financiación de estos medicamentos no está en el coste de la fabricación, ni en el coste de la investigación, si no en el precio que ponen los fabricantes que llega a ser más de 100 veces superior del coste de fabricación y de investigación. El precio del medicamento debe cubrir el coste de producción y cubrir la inversión realizada

en Investigación más Desarrollo (I+D), y permitir un beneficio razonable, que no debe exceder del 10%” (2). Algunos miembros de la Asociación han expuesto de manera pormenorizada el problema que comportan las patentes de los medicamentos y, como los precios arbitrarios derivados del monopolio de las patentes, están constituyendo un auténtico crimen. Aconsejamos leer las reflexiones de Ramón Galvez y Fernando Lamata en “*Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública*” (3), de Fernando Lamata en “*Las patentes y el acceso a las vacunas: un desequilibrio que mata*” (4) y de Ángel María Martín Fernández Gallardo “*La patente en los medicamentos: un derecho inhumano*” (5).

Mi pequeña aportación, para la que espero su benevolencia, tratará de hacer una aproximación histórica al concepto de derecho a la salud y a los medicamentos ; es decir, una contextualización. Utilizo como punto de partida lo planteado por José Antonio Martín Pallín, magistrado emérito del Tribunal Supremo, en un Seminario Web organizado el 22 de marzo de 2021 por la AAJM con el título: “*¿Cómo frenar la especulación de las vacunas utilizando las leyes internacionales?*”, conservado en vídeo en el Canal en Youtube de la Asociación (6). Martín Pallín citó unas declaraciones de aquellos días, del por entonces director financiero de Pfizer Frank D’Amelio, en las que se congratulaba de la situación de pandemia por COVID-19 porque permitiría obtener precios más altos (7). Recordemos la alta mortalidad por la pandemia y que la opción de vacunación que pudieron adoptar

los países ricos no fue una alternativa para los países pobres, incapaces de asumir sus altísimos precios. Desde esa perspectiva conocida, el magistrado desgranó las opciones de actuación desde las leyes internacionales al tratarse de multinacionales en un mercado global. Según dijo, existían posibilidades de actuación ante la Corte Internacional de Justicia de La Haya, desde la perspectiva de poder declarar inmorales e ilícitos los contratos de adquisición de vacunas contra la COVID-19, con el aditamento de que las investigaciones se habían financiado en gran parte con dinero público. El gran inconveniente, indicó, es que únicamente los Estados se pueden personar ante este Tribunal y que, dadas las relaciones de las Big Pharma con los poderes establecidos, resulta poco probable que se presente una denuncia. Es un hecho constatado que tanto la Unión Europea, así como sus Estados miembro, mantienen una absoluta opacidad sobre sus contratos con las multinacionales farmacéuticas en defensa de los intereses de estas. Por otra parte, añadió Martín Pallín, existiría la oportunidad de recurrir al Tribunal Penal Internacional, con sede también en La Haya, que puede conocer las causas de genocidios, crímenes de lesa humanidad, crímenes de guerra y el crimen de agresión, que están estrictamente tasados por el Estatuto de Roma de 1998. Hoy por hoy, señaló el magistrado, no hay consideración de crimen de lesa humanidad para las víctimas derivadas de la imposibilidad económica de acceder a los medicamentos, pero explicó que existe un amplio movimiento internacional de juristas para ampliar las figuras delictivas. Casi todos los Códigos Penales, incluido el español, agravan las penas cuando se producen manipulaciones o maquinaciones para alterar los precios cuando se trata de bienes de primera necesidad. Un escenario que, desde su punto de vista, tarde o temprano permitirá controlar dichas conductas a través de los instrumentos del Derecho Penal Internacional.

El camino señalado por Martín Pallín ya ha empezado a trazarse. En julio de 2014,

durante el 66 período de sesiones, la Comisión de Derecho Internacional, en su calidad de órgano de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado a la codificación y desarrollo progresivo del derecho internacional, incluyó en la definición de crímenes de lesa humanidad el siguiente apartado: “*k) otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física*” (8).

A mi modesto entender, está recogido que “atentar contra la salud de manera intencionada” puede ser considerado un crimen de lesa humanidad susceptible de ser castigado por el Tribunal Penal Internacional. Queda, eso sí, un larguísimo recorrido hasta que este supuesto sea efectivo de manera generalizada.

En la historia de la humanidad todos los avances se han producido de forma muy lenta y con algunos avances que, hasta prosperar, han sido obstaculizados por los intereses contrarios a los mismos. Un ejemplo lo podemos encontrar en la esclavitud, en estos momentos considerada un crimen de lesa humanidad indiscutible y, por tanto, perseguida.

La esclavitud ha sido una constante en el mundo desde que en el Neolítico se consolidó la propiedad privada, con la guerra y el sometimiento de los vencidos como primera fuente de ingresos. Incluso Aristóteles (384 – 322 a. C.), faro del pensamiento greco-romano-cristiano, en *Política* (libro I, capítulo II) la normalizaba: “es evidente que los unos son naturalmente libres y los otros naturalmente esclavos; y que para estos últimos es la esclavitud tan útil como justa” (9). En algunas etapas y lugares concretos fue abolida, como ocurrió en el Imperio de Malí entre los siglos XIII y XVI (10), pero fue el periodo de la Ilustración en el siglo XVIII, al iniciarse la consolidación de los derechos del hombre y el ciudadano, cuando se constituyen en el mundo occidental las primeras organizaciones civiles abolicionistas, como la

británica *Society for the Extinction of the Slave Trade*, con fecha de creación no determinada (11), o la francesa *Société des Amis des Noirs* en 1788 (12). Durante la Revolución Francesa, el 16 de pluvioso del año II (4 de febrero de 1794) la Convención abolió la esclavitud en las colonias. Esta ley no fue aplicada y Napoleón Bonaparte, primer cónsul, la derogó en 1802. Fue a lo largo del siglo XIX, cuando de manera paulatina fue progresando la abolición, aunque con un intenso tráfico de seres humanos entre África y las colonias españolas de Cuba y Puerto Rico, así como con Brasil. Siguiendo al historiador estadounidense Josep Calder Miller (13), el triunfo definitivo de la abolición se debió a los intereses económicos del Reino Unido para consolidar la producción metropolitana para la exportación a ultramar, y cuya actuación naval de policía anti-trata le sirvió, además, para consolidar su imperio colonial en África y la India. A nivel de Estados, los últimos en abolir la esclavitud han sido Arabia Saudita en 1963 y Mauritania en 1981 (14). No obstante, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha documentado 225.000 víctimas de trata de personas entre 2003 y 2016; la explotación sexual es el principal tipo de trata en mujeres y niñas, mientras que los trabajos forzados es el principal en hombres y niños (15). La ONG australiana *Walk Free* amplía la bolsa de esclavitud actual a 49,6 millones de personas (16).

La determinación sobre lo que es esclavitud es relativamente simple. Muestra la capacidad de algunos hombres de realizar atrocidades con sus semejantes, aunque el nivel brutalidad pueda superarse con actuaciones muy paralelas como dirigir guerras, realizar atentados y asesinatos, o practicar torturas o el exterminio de pueblos enteros o grupos sociales. Sin embargo, tal y como apuntan Gavidia y Talavera (17), “el concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se desarrollan”.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) se creó en 1946, inicialmente mantenía el sentido anti epidémico de las conferencias sanitarias internacionales celebradas entre 1851 y 1938 y, muy fundamentalmente, la herencia de la Administración de las Naciones Unidas para el Exilio y la Rehabilitación (UNRRA, por sus siglas en inglés), creada en 1943 para asistir a las personas desplazadas por la Segunda Guerra Mundial. El Derecho a la Salud, en sentido estricto, no aparece hasta ser recogido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) reunida en París el 10 de diciembre de 1948 (18). Sin embargo, no existe ningún acuerdo internacional que reconozca expresamente el derecho de toda persona a acceder a medicamentos esenciales, aunque cabe entender que este derecho se infiere del derecho a la vida y el derecho a la salud.

Con carácter muy sintético en el concepto de salud, opuesto al de enfermedad, pueden distinguirse hasta tres hitos a lo largo de la historia de la humanidad.

El primero, y más amplio temporalmente, comprende desde los orígenes de su propia conceptualización hasta el final del sentido teocrático del poder; es decir, desde el sentido del pensamiento mágico-religioso, en que la enfermedad constituye un castigo de los dioses, hasta la extensa etapa hipocrática y galénica, en occidente, del desequilibrio humoral. Ambas convivieron (19). En 1739, el *Diccionario de Autoridades* de la Real Academia Española definía *salud* como “la sanidad y entereza del cuerpo libre de achaques”, y *sanidad* como “vigor y buen estado de las acciones del cuerpo y del ánimo, gozando el liberal movimiento de todas las partes de que consta la templanza de la sangre y los demás humores” (20).

El segundo sería la salud en el Estado liberal, a partir del segundo tercio del siglo XIX. El cuidado personal pasa ser una

responsabilidad individual, de cada sujeto en función de sus recursos, lo que propicia en nacimiento de mutuas privadas para su atención (21). La acción de lo público se centra en el control de epidemias y de la salud pública. El Estado ejerce fundamentalmente una acción de policía sanitaria, tal y como queda reflejado en España en la Ley de Sanidad de 1855, en la que la estructura sanitaria depende del Ministerio de la Gobernación (22).

El tercer y último hito corresponde al concepto de salud en el Estado de Bienestar, que comporta un acceso a la sanidad universal, equitativo y gratuito, que se inicia a partir de la segunda mitad del siglo XX, aunque con un desarrollo muy desigual según los Estados y el modelo de gobierno. El mejor nivel de acceso a los medicamentos, en este caso financiado por el Estado a través de los impuestos, se produce en este eslabón, aunque lógicamente está en función de las coyunturas económicas.

Ocurre, sin embargo, que los modelos de Estado liberal y Estado de Bienestar conviven y se solapan. Es más, vivimos una etapa de retroceso de los Estados de Bienestar y nuevos avances del Estado liberal. Los parámetros neoliberales, la globalización, el aumento de las desigualdades sociales y las críticas a la distribución de la riqueza vía impuestos están avanzando. Se trata de un escenario en el que, los que defendemos el acceso justo a los medicamentos, sólo tenemos una alternativa: la defensa a ultranza del Estado de Bienestar, única garantía para un futuro de equidad.

REFERENCIAS

- 1.- RABBIA, Hugo H. y BRUSSINO, Silvina. 2012. "Práctica y pertenencia: los motivos de afiliación partidaria en una muestra ciudadana de Córdoba, Argentina", en *Perfiles Latinoamericanos*, Vol 20, Nº 39. México, enero-julio 2012. Accesible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532012000100004
- 2.- AAJM, justificación y motivos, expuestos en su página Web: <https://accesojustomedicamento.org/quienes-somos/>
- 3.- GALVEZ ZALOÑA, Ramón – LAMATA COTANDA, Fernando. 2019. *Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública*. Madrid. Laboratorio Alternativas. Madrid. Nº 202. Accesible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/572884>
- 4.- LAMATA COTANDA, Fernando. 2021. "Las patentes y el acceso a las vacunas: un desequilibrio que mata"(29 - 49) , en *El mundo después de la pandemia: enfrentar la desigualdad y proteger el planeta*, coordinado por Manuel Mesa. Madrid. Fundación Cultura de Paz. 270 págs. Accesible en: <https://ceipaz.org/wp-content/uploads/2021/06/ANUARIO-DEF.pdf>
- 5.- MARTÍN FERNÁNDEZ-GALLARDO, Ángel María. 2022. "La patente en los medicamentos: un derecho inhumano" en *Revista Acceso Justo al Medicamento*, Nº 13. Madrid. Junio 2022. Accesible en: <https://accesojustomedicamento.org/la-patente-en-los-medicamentos-un-derecho-inhumano/>
- 6.- MARTÍN PALLÍN, José Antonio, vídeo de su intervención en el *Seminario Web de la AAJM celebrado el 22 de marzo de 2021*, accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7-ouo4sZ6W0>
- 7.- TEH, Cheryl. "Los ejecutivos de Pfizer aseguran que existe una oportunidad significativa para aumentar los precios de su vacuna contra el COVID-19" en *Business Insider*, 16 de marzo de 2021. Accesible en <https://www.businessinsider.es/pfizer-anuncia-oportunidad-subir-precio-vacuna-830289>
- 8.- LOZADA, Martín. *Crímenes de lesa humanidad y genocidio: Cómo calificar la violencia estatal en la Argentina (1976-1983)*. 2019. Editorial Universidad Nacional de Río Negro (UNRN). Argentina. 256 págs. Accesible en:

<https://books.openedition.org/eunrn/3204?lang=es#:~:text=Se%20entender%C3%A1%20por%20%C2%ABcrimen%20de,de%20poblaci%C3%B3n%3B%20e%20encarcelaci%C3%B3n%20u>

9.- ARISTÓTELES. “De la esclavitud”, en *Política* (libro I, capítulo II). Accesible en: <https://www.filosofia.org/cla/ari/azc03021.htm#:~:text=El%20que%20por%20una%20ley,de%20uso%20y%20completamente%20individual.>

10.- HUETE MACHADO, Lola. “La primera carta de derechos humanos nació en Malí”, en diario *El País*, 22 de marzo de 2012. Accesible en: https://elpais.com/elpais/2012/03/23/afrika_no_es_un_pais/1332521468_133252.html

11.- “*Prospectus of the Society for the Extinction of the Slave Trade and for the Civilization of Africa*”. 1840?. Biblioteca del Congreso de los EE.UU. Accesible en: <https://www.loc.gov/item/92838828/>

12.- MAZEAU, Guillaume y CARON, Jean Claude. *La Revolución en contra de la esclavitud: La Société des Amis des Noirs*. 2020 – 2021. Service Comité d’histoire de la Ville de Paris. Web del Ayuntamiento de Paris. Accesible en español: <https://parcoursrevolution.paris.fr/es/puntos-interes/106-la-revolucion-en-contra-de-la-esclavitud-la-societe-des-amis-des-noirs>

13.- MILLER, Josep C. “Abolición de la trata de esclavos y de la esclavitud y evolución de las mentalidades”. 2001, en *De la cadena al vínculo. Una visión de la trata de esclavos*, director Doudou Diène. Ediciones UNESCO. 2001 (215-254). Accesible en https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000125315_spa

14.- BECERRA, Juliana. “El fin del tráfico negro en el mundo”. 2022, en *Núcleo Visual*. Acceso en <https://>

nucleovisual.com/fin-del-trafico-negro-en-el-mundo/

15.- EUROPA PRESS, (epdata). *La trata de personas en el mundo, en datos y gráficos*. 2022. Accesible en: <https://www.epdata.es/datos/trata-personas-mundo-datos-graficos/427>

16.- VALK FREE. *Estimaciones globales de la esclavitud moderna*. 2022. Accesible en: <https://www.walkfree.org/reports/global-estimates-of-modern-slavery-2022/>

17.- GAVIDIA, Valentín – TALAVERA, Marta. “La construcción del concepto de salud”. 2012, en revista *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. Nº 26. (161 – 175). Universidad de Valencia. Accesible en: <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>

18.- NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 1948. Accesible en: <https://www.ohchr.org/es/universal-declaration-of-human-rights>

19.- MARTÍNEZ SEGURA, Pablo. “Pensamiento mágico, poder y valor del medicamento. El caso de la triaca”. 2021, en revista *Acceso Justo al Medicamento*. Nº 1, marzo 2021, (18-22). Accesible en <https://accesojustomedicamento.org/wp-content/uploads/2021/03/Revista-1.pdf>

20.- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de Autoridades*. 1726-1739. Accesible en: <https://apps2.rae.es/DA.html>

21.- MARTÍNEZ SEGURA, Pablo. “El binomio de Farmacia y Solidaridad”. 2021, en *Acta Sanitaria*, 21 de febrero de 2021. Accesible en: https://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vida/el-binomio-de-farmacia-y-solidaridad_1565926_102.html

22.- CORTES ESPAÑOLAS. *Ley del Servicio General de Sanidad*. 1855. Facsimil accesible en: <https://legislacionsanitaria.org/?p=297>



OTRAS FUENTES

El sistema de cuádruple impuesto de los monopolios de patentes

Nicholas Shaxson.

Global Justice Now, 5-7-2022

<https://www.globaljustice.org.uk/blog/2022/07/the-quadruple-tax-system-of-patent-monopolies/>

Este artículo es excelente y de obligada lectura. Su extensión no debe alarmar al lector pues en él de forma ágil, rigurosa y amena se abordan en profundidad los diferentes aspectos que están involucrados en el desarrollo de los monopolios y la propiedad intelectual . El texto además se completa con una imagen rotunda de los orígenes y desarrollo de los Acuerdos ADPIC, TRIPS en la terminología anglosajona .

Mucha gente entendió perfectamente bien en 1994 que TRIPS era una sentencia de muerte masiva. Ahora todos los demás también lo hacen.

– Alexander Zaitchik , periodista

“Si no nos sometemos a un emperador, no debemos someternos a un autócrata del comercio”

– Senador antimonopolio de EE. UU. John Sherman

“Hagamos insulina a continuación”

– Alexandria Ocasio-Cortez

Nuestra economía de monopolio

Hace unos años, los economistas que siguieron estas cosas notaron que algo extraño estaba sucediendo en Irlanda: un asombroso salto del 26 por ciento en el tamaño de su economía en 2015, y un montón de otros indicadores que se estaban descontrolando [1] . Nada más extraño de lo habitual estaba sucediendo en las calles de Dublín, así que, ¿qué demonios estaba pasando?

Después de un poco de excavación, la respuesta quedó clara. Irlanda, un paraíso fiscal corporativo, había cambiado sus reglas

fiscales, alentando a Apple y a un montón de otras multinacionales a cambiar sus estructuras corporativas y traer un tesoro de "propiedad intelectual" como patentes, marcas y secretos comerciales a sus filiales en Irlanda. Un valor estimado de 250 mil millones de euros de estos "activos intangibles" había aparecido repentinamente, aunque apenas tocó los costados, excepto quizás para ayudar a un puñado de asesores fiscales irlandeses a actualizar sus Porsche. Convirtió las estadísticas nacionales irlandesas en un hazmerreír: el economista Paul Krugman denominó a esta actividad de paraíso fiscal “Economía de duendes”.

Ahora vivimos en una economía global que transfiere recursos a gran escala de la gente común a los multimillonarios, de la economía productiva al sector financiero, del sector público al privado, en formas que redistribuyen la riqueza hacia arriba y reducen la prosperidad. Pueden hacer esto, en particular, monopolizando los mercados y eludiendo impuestos. En realidad, así es como se ve cada vez más el llamado mercado “libre”: un sistema de capitalismo monopolista extraterritorial. La propiedad intelectual (PI), esencialmente, el negocio de

los monopolios impuestos por el gobierno sobre ideas e invenciones, se encuentra en el centro de este sistema.

La PI se ha convertido en el alma de nuestra economía global moderna, cosida en su estructura a través de un nido de normas legales y protección política de peso. Estos monopolios sobre las patentes, los derechos de autor y las marcas registradas constituyen un sistema fiscal privado oculto recaudado por intereses privados sobre poblaciones más amplias. Cada vez que tomamos una pastilla, nos damos un atracón con una serie de Netflix, comemos un muslo de pollo producido en masa, vemos un partido de fútbol o hablamos por un iPhone, nos conectamos a una superestructura invisible de derechos de propiedad intelectual impregnada de exceso poder de mercado, que aumenta la cantidad que pagamos por lo que estamos consumiendo, muy por encima de lo que permitiría cualquier mercado abierto y justo.

Hay un papel que desempeñar para las patentes en una economía moderna, pero el sistema ha sido manipulado por intereses creados. En una época anterior, cuando las políticas gubernamentales en muchos países lograron un mejor equilibrio entre los derechos de propiedad privada y los intereses de los ciudadanos, hubo una oleada de nuevos medicamentos maravillosos en desarrollo. El auge del poder privado para ejercer controles de estrangulamiento sobre los mercados ha estrechado drásticamente el grifo de la innovación.

En el corazón de la injusticia fiscal

A menudo se nos dice que los impuestos son malos: que cuanto menos impuestos pagamos, más libres somos. Esta ideología ha ayudado a los intereses creados a empujar los niveles oficiales de los impuestos sobre la renta personal y empresarial a niveles muy bajos. Como dijo una vez la heredera Leona Helmsley, los impuestos son para la gente pequeña. Ella tenía razón. Peor aún, muchos de nosotros pagamos grandes impuestos privados además de nuestros impuestos

normales, a través del poder que la propiedad intelectual otorga a las grandes empresas.

De hecho, pagamos cuatro capas de estos impuestos privados ocultos por estos monopolios del conocimiento.

En *primer lugar*, casi todos los bienes y servicios de alta tecnología que consumimos fueron financiados, en gran medida, por la investigación pública financiada por los contribuyentes, que en última instancia pagan los ciudadanos. Por lo general, el sector privado solo invierte después de que el "estado empresarial" como lo expresa la economista Mariana Mazzucato, haya realizado inversiones audaces y de alto riesgo. Para tomar un ejemplo reciente, se estima que \$ 100 mil millones de dinero público se han destinado a la investigación y producción de medicamentos Covid-19.

La *segunda capa* es lo que mide Leprechaun Economics: la forma en que las empresas multinacionales pueden estacionar su propiedad intelectual en paraísos fiscales para evitar pagar sus impuestos, aprovechando los impuestos que el resto de nosotros, en países ricos y pobres, esencialmente debemos pagar en su nombre

El *tercer* impuesto es mayor. Las empresas utilizan rutinariamente estas patentes y marcas registradas monopolizadoras de gran fuerza para hacernos pagar más como consumidores, al igual que los encargados de los peajes en los cruces de carreteras clave solían (y a veces todavía lo hacen) extorsionar a los viajeros y comerciantes desafortunados que pasaban. Según una estimación del economista estadounidense Dean Baker, los estadounidenses pagaron \$315 mil millones más en 2018 por medicamentos recetados de lo que habrían pagado en un mercado competitivo con las protecciones de patentes relajadas. Agregue software, pesticidas, equipos médicos y todo lo demás, y estima el costo en \$ 1 billón anual, más de \$ 3,000 en impuestos de monopolio para cada ciudadano estadounidense, cada año.

Hay un *cuarto* impuesto además de esto, que es el resultado de este sistema monopolístico que reduce el crecimiento económico y atrofia la innovación y el dinamismo económico. Esto sucede a través de varios efectos en toda la economía. Por ejemplo, si las empresas monopolísticas fijan generalmente sus precios muy por encima de lo que garantizaría un mercado abierto, la gente comprará menos, las empresas producirán menos y demandarán menos mano de obra. Esto no solo empuja a la baja los salarios, sino que también reduce la economía. O cuando las feroces reglas de patentes transfieren el dinero de las personas pobres, que consumen una gran parte de sus ingresos, a las personas ricas, que consumen una parte menor, entonces el consumo y la actividad económica se contraen. O, más pertinente para el cambio climático o las drogas Covid, estos sistemas restrictivos sofocan la innovación.

Las patentes monopolizadoras se utilizan habitualmente para bloquear nuevas tecnologías y rivales potenciales. Maraños de patentes múltiples, oscuras y superpuestas a menudo rodean productos rentables, cualquiera de los cuales puede hacer tropezar a otros que intentan ingresar al mercado o aprovechar tecnologías anteriores. Una empresa puede negarse fácilmente a otorgar licencias a otros que temen que puedan desarrollar la comprensión y los conocimientos necesarios para producir algo y, posteriormente, convertirse en rivales. La propagación de la innovación se ralentiza, a menudo de manera muy vívida entre los países ricos y los países pobres, ya sea que eso se manifieste en el acceso a vacunas y medicamentos o se quede estancado con tecnologías climáticas antiguas y sin patentecando necesitamos que todo el planeta utilice soluciones de vanguardia como lo más rápido posible.

En resumen, los tres primeros impuestos privados redistribuyen el pastel desfavorablemente; el cuarto reduce el pastel. [2] El sistema amañado sofoca la innovación,

empeora la desigualdad, amenaza empleos, socava la democracia y daña el planeta.

Consagrado en el derecho internacional

El sistema global de propiedad intelectual, respaldado y aplicado por las reglas del comercio global, tiene en su centro un sistema llamado TRIPS (Aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio). Fue uno de los acuerdos fundacionales de la recién formada Organización Mundial del Comercio en 1995, convirtiendo el mosaico de normas de propiedad intelectual que existían hasta ese momento en una sola pieza vinculante de derecho comercial internacional.

TRIPS es una fábrica de multimillonarios, un estatuto de monopolistas, que obliga a los países de todo el mundo a aceptar reglas que permiten a las multinacionales bloquear sus bienes y servicios con feroces fortalezas legales, para excluir a cualquier otra persona del uso de sus inventos, durante períodos excepcionalmente largos. ¿Por qué los países aceptan esta amarga medicina? A continuación nos fijamos en la historia de TRIPS para explicar. Pero en este momento, las cosas pueden estar cambiando.

TRIPS recibió una sacudida impactante el año pasado cuando la representante comercial de EE. UU., Katherine Tai, anunció en mayo que su administración apoyaría una exención de las protecciones de propiedad intelectual para las vacunas contra el covid. Esto siguió a demandas similares de una variedad de otros países, de científicos, de expertos médicos y de un amplio espectro de activistas, por una exención de los ADPIC. Durante décadas, Estados Unidos había liderado una gran resistencia mundial contra cualquier debilitamiento de los ADPIC, por lo que las palabras de Tai sorprendieron a los activistas experimentados. Como dijo uno de ellos, Cory Doctorow: “He estado en círculos globales de propiedad intelectual durante casi veinte años, y he estado muchas veces en

salas con el representante comercial de EE. UU. Nunca he visto a un [representante comercial de EE. UU.], y mucho menos al jefe de la USTR, hacer una declaración que estuviera en la misma galaxia que esta”.

Casi de inmediato, surgió de la nada un coro de cabilderos de las grandes empresas farmacéuticas y del régimen global de PI más amplio: impulsores que iban desde el monopolista de software Bill Gates , pasando por una multitud de grupos de presión comerciales, hasta la entonces líder alemana Angela Merkel , atacar la herejía de EE.UU. Las grandes empresas farmacéuticas no invertirán si sus patentes no son seguras y sólidas, gritaron. Estas grandes empresas tienen el lanzamiento de la vacuna bajo control: ¡debemos confiar en que harán un buen trabajo! ¡La exención de IP no funcionará porque nadie más puede aumentar la producción como se necesita! ¡Las malas fábricas producirán vacunas dudosas! ¡No te metas con el mercado libre! ¡Seremos no competitivos si relajamos las reglas! ¡Es una pendiente resbaladiza hacia el marxismo!

El alboroto no fue sorprendente, a la luz de los \$ 140 mil millones en dividendos para accionistas y recompras de acciones desde 2011, solo para unacompañía farmacéutica, Pfizer. Pfizer generó ventas de \$ 36,8 mil millones para su vacuna este año y espera recaudar otros \$ 32 mil millones el próximo año. [3] Y esta es la punta del iceberg. La tecnología de ARNm detrás del jab de Pfizer, realizada en gran parte con recursos públicos, podría revolucionar la tecnología médica, con potencial para vacunas contra el VIH, la malaria e incluso el cáncer. Pfizer está decidido a controlar esta gigantesca tecnología generadora de dinero en el futuro previsible.

El dinero del monopolio es suficiente para comprar a los mejores cabilderos y políticos del mundo: una historia tan antigua como la economía. Como dijo Adam Smith:

“el monopolio que nuestros fabricantes han obtenido. . . ha aumentado tanto el número

de algunas tribus particulares de ellos, que, como un ejército permanente demasiado crecido, se han vuelto formidables para el gobierno, y en muchas ocasiones intimidan a la legislatura.”

No importa que todos y cada uno de los argumentos en contra de una exención de Covid sean falsos: demostrablemente falsos, las cortinas de humo colocadas por este 'ejército permanente cubierto de maleza' han sido enormemente efectivas. Los esfuerzos de Tai por cambiar la historia chocaron contra aguas políticas duras, casi tan pronto como pronunció las palabras. Y, de hecho, en el transcurso del año pasado, los cabilderos corporativos lograron diluir las propuestas de exención hasta que básicamente no quedó nada .

Aquellos que han estado haciendo campaña contra el sistema durante décadas, que nunca han podido sacar partido de este tema del teflón, pueden sentirse desalentados por el retroceso. Sin embargo, ahora no es el momento de la desesperación, porque por fin vemos una oportunidad, una apertura, para un cambio verdadero. Este sistema amañado, que literalmente ha matado a millones de personas y ha empobrecido a cientos de millones más, ahora ha sido expuesto y sigue siendo vulnerable.

Las políticas sobre comercio internacional o impuestos cambian muy lentamente, pero con un impulso inmenso. Una vez que se establece una nueva dirección, es muy difícil desviarla. Las palabras de Katherine Tai son menos importantes en sí mismas que en el hecho de que reflejan un cambio profundo y duradero en el estado de ánimo del público mundial, que en los últimos años se ha vuelto constantemente en contra de las viejas ideologías obsoletas de impuestos bajos, regulaciones débiles, aplicación laxa. y fuertes protecciones para los monopolios de PI.

En una época anterior, millones de personas en los países ricos sintieron que era necesario proteger a “sus” grandes empresas

propietarias de patentes, con la esperanza de que les llegara algún 'goteo', mientras ocultaban la desagradable idea de que sus campeones eran explotando a las personas en los países de bajos ingresos. Sin embargo, hoy en día, cada vez más personas en las naciones ricas se están acercando a la idea de que "esto también nos duele a nosotros", que la batalla no es una que enfrente a los países ricos y sus multinacionales locales contra los países más pobres para ser explotados, sino que es una batalla batalla que enfrenta a las mayorías del 99,9 por ciento en países ricos y pobres, contra élites globales propietarias de capital, inmersas en alta mar, que eluden la ley, que no rinden cuentas y monopolizan.

Covid y la crisis climática subrayan esto con demasiada claridad. Cuanto más tardemos en implementar vacunas en todo el mundo, mayores serán las posibilidades de que surja una nueva supercepa de covid que supere nuestras defensas de vacunas existentes, y todos nos veremos obligados a confinamientos devastadores nuevamente, en medio de una nueva ola de muertes. Una exención de la vacuna Covid habría sido, con mucho, la forma más rápida, mejor y más barata de hacer esto. La Cámara de Comercio Internacional, difícilmente una organización de izquierda, ha estimado que la falta de implementación de vacunas contra el covid en todo el mundo podría costar más de 9 billones de dólares, siendo los países ricos los más afectados. Los costos de retrasar la tecnología para abordar el cambio climático serán, en última instancia, mayores.

Debemos usar esta plataforma para ir mucho más allá de Covid, para apuntar a la carta de los monopolistas de TRIPS. En cuanto al cambio climático, los países ricos en muchos casos deslocalizaron sus emisiones de carbono a los países de bajos ingresos en sus cadenas de suministro: ahora los estamos presionando para que también hagan la costosa transición del carbono, al mismo tiempo que los obligamos a pagar a las multinacionales de los países ricos por la

PI para tecnología climática, a través del cuádruple impuesto privado.

Además de la hipocresía, a los países de bajos ingresos se les dijo que sus protecciones comerciales eran injustas, mientras que las protecciones comerciales a través de la monopolización de las protecciones de propiedad intelectual eran inviolables. Desde la tecnología climática hasta el software, el maíz modificado genéticamente y los algoritmos informáticos, la fuga de dinero de las calles principales y principales hacia Wall Street y la ciudad de Londres es inmensa. Este drenaje ascendente también tiene una dimensión geográfica, ya que el dinero se extrae de las zonas más pobres, a menudo rurales, y de las zonas urbanas ya arruinadas, y se lo entrega a un pequeño sector de la población que se encuentra principalmente en las partes ricas de las grandes ciudades, en el extranjero y en el extranjero. No es de extrañar que la gente esté enfadada.

Hay una abertura aquí, que no hemos visto en mucho tiempo. Es hora de poner nuestro pie colectivo en esta grieta en la puerta, organizarnos y presionar con fuerza.

¿Qué es la propiedad intelectual (PI)? ¿Qué son las patentes, las marcas registradas y los derechos de autor?

Si gasta su tiempo y dinero en inventar una máquina brillante para recolectar arándanos de manera más eficiente, su gobierno podría decidir que usted merece cierta protección legal, una patente, para evitar que la próxima persona tome su invento, se enriquezca y lo saque del mercado.

Las patentes, los derechos de autor y otras formas de propiedad intelectual son, en principio, necesarias. Pero decir esto es como decir que las prisiones son necesarias. Lo son, pero esa no es la gran pregunta. Las grandes preguntas son: ¿por qué razones debemos enviar a las personas a prisión y, en cada caso, qué tipo de prisión y por cuánto tiempo? ¿Cuándo debemos utilizar alternativas no carcelarias, que muchas veces funcionan mejor?

Asimismo, con IP. ¿Cuánto tiempo debería durar la protección de su máquina recolectora de arándanos? ¿Un año? ¿Siete años? Setenta años? ¿Mil años? ¿Cuál debe ser la sanción por infracción? ¿Un golpe de hoja de lechuga en la muñeca? ¿Una multa fuerte? ¿Prisión? ¿La silla eléctrica? ¿Hay otras formas de inducirlo a inventar su máquina?

Todo es cuestión de grado y equilibrio. El problema central es que los monopolistas y sus aliados han torcido violentamente las reglas globales de propiedad intelectual, lo que permite que una pequeña clase de personas, como dice un relato, “simplemente se acueste en una hamaca y proponga ideas, y otras personas le pagarán el alquiler”. tus ideas." O, más a menudo, para comprar las ideas de otras personas (a menudo financiadas con fondos públicos), encerrarlas en fortalezas de propiedad intelectual y luego tumbarse en hamacas y cobrarles un alquiler.

Este artículo describe la oscura historia de cómo se desequilibraron tanto, más allá de los límites de lo que cualquier persona razonable aceptaría.

El meollo del problema radica en un régimen llamado TRIPS, un conjunto de protecciones feroces para la propiedad intelectual que se lanzó como parte de la Organización Mundial del Comercio en 1994. En su creación no se logró un equilibrio cuidadoso entre las necesidades legítimas de las empresas y los intereses de amplias poblaciones. En cambio, como dice un relato, los ADPIC

“nació como una expresión bruta y profundamente antidemocrática del poder corporativo concentrado: el trabajo de “menos de 50 personas”, según un funcionario de comercio estadounidense presente en la creación. Uno de los homólogos indios reacios de ese funcionario, Prabhat Patnaik, ha descrito el asunto TRIPS como “una parodia de la teoría de la conspiración más salvaje”.

TRIPS, en todo caso, se ha endurecido desde entonces.

Los ganadores de este sistema son relativamente pocos accionistas, abogados, banqueros, contadores y jefes de empresas, principalmente en países ricos, que se enriquecen con el sistema. El daño de TRIPS es probablemente de billones cada año: en cada país, y globalmente, no solo redistribuye el pastel económico de pobres a ricos, sino que también reduce el pastel, dañando el crecimiento económico, empeorando la desigualdad, dañando el planeta, dañando países de bajos ingresos, empeorando la privacidad, socavando la democracia, recompensando la búsqueda de rentas improductivas, provocando la ira política y mucho más.

Hay dos formas principales de ganar mucho dinero en este mundo: hacer algo brillante por lo que todos quieren pagar, o construir un monopolio global. Jeff Bezos, el hombre más rico del mundo, ha combinado ambos. También Bill Gates y la mayoría de las personas más ricas del mundo. Pero la parte del león de su riqueza proviene de la parte del monopolio global. Y TRIPS es el mejor amigo de los multimillonarios

Propiedad intelectual, paraísos fiscales y triple imposición

¿Por qué las multinacionales colocan sus patentes, marcas, etc. en paraísos fiscales? Los conceptos básicos son bastante simples y comúnmente utilizan una técnica llamada 'precios de transferencia' para eludir impuestos.

Imagine que un gigante tecnológico estadounidense, TechCo, ha diseñado un software nuevo, que sabe que generará miles de millones en ganancias en todo el mundo. Así que TechCo establece una filial en un paraíso fiscal como las Bermudas o Suiza, una empresa ficticia llamada HavenCo, que posee la patente de ese software y emplea a una sola persona a tiempo parcial para recoger el correo y barrer el piso. HavenCo luego cobra a todas las otras filiales de la

multinacional en otros países miles de millones en regalías, por el privilegio de usar la patente ubicada nominalmente en esa pequeña oficina.

A medida que esos otros afiliados en todo el mundo canalizan enormes tarifas de regalías a HavenCo, obtiene enormes ganancias, pero debido a que tiene su sede en un paraíso fiscal, la tasa impositiva sobre esas ganancias es cero, por lo que no hay factura de impuestos allí. Mientras tanto, esas otras afiliadas de TechCo en los países con impuestos altos como Alemania, Bangladesh, Tanzania o Ecuador pueden registrar como costos esas regalías que fluyen hacia HavenCo, reduciendo así sus ganancias y recortando así los pagos de impuestos de esas afiliadas en esos países. países, muy a menudo, reduciéndolos a cero.

En resumen, las ganancias se han trasladado fuera de los países con impuestos altos, reduciendo los pagos de impuestos allí, hacia paraísos fiscales, donde pagan cero impuestos.

Tenga en cuenta que aquí no ha sucedido nada productivo: la riqueza simplemente se ha transferido de los contribuyentes en una variedad de países a los accionistas privados de TechCo. Es un gran desperdicio de recursos y aumenta la desigualdad.

Se supone que las normas fiscales internacionales abordan estas prácticas turbias, pero tienen fugas y son difíciles de hacer cumplir. Después de todo, ¿cuál debería ser la tasa de regalías para una pieza única de software comercial, que probablemente se actualiza todos los meses y no tiene nada comparable en ningún otro lugar del mundo? La respuesta a esa pregunta es, muchas veces: la tasa es la que digan los contables de la multinacional. Las autoridades fiscales expertas en países ricos como Estados Unidos o Alemania ya tienen bastantes dificultades para hacer cumplir estas normas fiscales: imagine cuánto más difícil es para un país en desarrollo como Bangladesh, Tanzania o Ecuador.

Es importante entender algo acerca de estos chanchullos. Este juego no sólo perjudica a aquellos países de menores ingresos: también perjudica al país donde la multinacional tiene su sede: en este caso, Estados Unidos.

La historia está plagada de estas travesuras de precios de transferencia. Un ejemplo involucra a las compañías de medios Viacom y CBS, ahora unidas como ViacomCBS. A partir de 2002, estas empresas transfirieron sus derechos de PI de televisión a través de una cadena de paraísos fiscales corporativos de Curazao, los Países Bajos, las Bermudas, Luxemburgo y, más recientemente, al Reino Unido. La parte más extraña de esto es que el Reino Unido había cambiado sus reglas fiscales para convertirse en un paraíso fiscal corporativo, para atraer exactamente este tipo de actividad; sin embargo, según una investigación detallada de la organización holandesa SOMO, el Reino Unido perderá 1200 millones de dólares en ingresos fiscales por el traslado de los derechos de propiedad intelectual al Reino Unido.

¿Por qué el Reino Unido se sometería a tal autoflagelación? Los ciudadanos del Reino Unido pagan todos estos impuestos privados, los frutos de la inversión pública robada por los accionistas multinacionales; peajes privados excesivos cobrados por el consumo de estos bienes y servicios; contracción económica; y ahora estas pérdidas fiscales adicionales debido a que el Reino Unido atrae esta propiedad intelectual.

La principal respuesta a este acertijo es que los ganadores de este juego son las grandes firmas de contabilidad, las grandes firmas de abogados, las multinacionales y otras que tienen una influencia enorme en el diseño de las políticas fiscales del Reino Unido. El poder está donde está el dinero.

Una historia de los ADPIC y la propiedad intelectual

Las protecciones de la propiedad intelectual tienen su origen en los sistemas de patrocinio político, que son más destacados en los países

de bajos ingresos en la actualidad, y que a menudo se denominan "corrupción". En Gran Bretaña, la reina Isabel otorgó a Sir Walter Raleigh, un favorito de la corte, monopolios en telas, estaño, vino y más. Según se contaba

“El objetivo inmediato de tales otorgamientos arbitrarios de poder, un objetivo muy buscado por el soberano, era atomizar tanto a la aristocracia como al pueblo y mantenerlos luchando por un lugar y centavos, en círculos concéntricos, alrededor de la corte.

El resultado inevitable de tales otorgamientos arbitrarios fue privar, a veces repentinamente, a muchas personas comunes de su capacidad para realizar su trabajo, como la fabricación de telas, estaño, naipes o la importación de vino. Como dijo Edward Coke en el Parlamento en 1614, 'el monopolizador se apropia de lo que debería ser gratuito para todos los hombres'".

En 1624, el parlamento inglés asestó un golpe histórico para el pueblo cuando declaró ilegales las 'patentes reales'. El apego de Estados Unidos a la "libertad" o "Libertad" está, históricamente hablando, diseñado para controlar las concentraciones no solo de autócratas, reyes y poder público, sino también de aquellos que ejercen un poder privado excesivo.

Este segundo significado de libertad salió a la luz cuando las naciones occidentales se levantaron de los escombros de la Segunda Guerra Mundial, las potencias ocupantes de Alemania y Japón lideradas por Estados Unidos comenzaron a establecer la maquinaria política y económica para garantizar que estas dos naciones agresoras No volver a caer en el fascismo y el militarismo. Las autoridades militares estadounidenses promulgaron en 1947 la Ley 56, con el objetivo de eliminar de la economía alemana lo antes posible "las concentraciones de poder económico ejemplificadas, en particular, por cárteles, sindicatos, fideicomisos, combinaciones y

otros tipos de arreglos monopólicos o restrictivos que serían utilizados por Alemania como instrumentos de agresión política o económica". [4]

Sin embargo, incluso antes de la guerra, se entendía bien que los monopolios eran ingredientes centrales del fascismo. "La libertad de una democracia no es segura si la gente tolera el crecimiento del poder privado hasta el punto en que se vuelve más fuerte que su propio estado democrático", declaró el presidente estadounidense Roosevelt en 1938, cuando se acercaba la guerra. "Eso, en esencia, es fascismo: propiedad del gobierno por parte de un individuo, un grupo o cualquier otro poder privado controlador". [5]

Después de la guerra, los trabajadores ensangrentados de los países de la nueva alianza transatlántica no estaban de humor para hacer concesiones con sus élites, y los líderes de todo el mundo acordaron en una reunión en Bretton Woods establecer un sistema de cooperación internacional asombroso y progresista. , con muchas piezas entrelazadas. Las tasas máximas del impuesto sobre la renta para los más ricos eran increíblemente altas: entre el 80 y el 100 por ciento en muchos países, y los sistemas de salud pública se extendieron ampliamente. Las finanzas, y especialmente los flujos financieros especulativos a través de las fronteras, fueron severamente regulados y suprimidos, sabiendo que la desregulación, los flujos financieros libres y la enorme concentración financiera habían ayudado a causar la crisis de 1929. Y, especialmente en los Estados Unidos, los monopolios fueron desmantelados. y fuertemente regulado, para evitar el dominio de cualquier sector de la economía.

Todas estas políticas serían impensablemente radicales hoy. Sin embargo, durante aproximadamente un cuarto de siglo después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se implementaron con fuerza, el crecimiento económico fue mayor y de base más amplia

que en cualquier otro momento de la historia mundial, antes o después.

La trampa de los ADPIC

Ese período de políticas económicas inmensamente progresistas, a veces conocido como la Edad de Oro del Capitalismo, tuvo su propio capítulo para el tema en cuestión: monopolios de patentes, monopolios de propiedad intelectual y el marco global de los ADPIC que lo sustenta todo.

TRIPS tiene una historia de fondo particularmente sucia: una historia de naciones poderosas que usan su poder económico para hacer que el mundo sea seguro para sus monopolistas, no solo contra los ciudadanos de otros países, sino también contra sus propios ciudadanos.

Este capítulo de la historia comienza en 1951, cuando Jawaharlal Nehru, presidente de la India, decidió construir una fábrica local para producir la penicilina, un fármaco maravilloso. India recibió ayuda de la Organización Mundial de la Salud, que quería establecer una red internacional de instalaciones de formación y producción de penicilina. A mediados de la década de 1950, India ya producía grandes cantidades del antibiótico. Pero las compañías farmacéuticas occidentales no estaban contentas: la mayoría se negaba a invertir en la producción india porque no querían transferir la tecnología y los conocimientos (Merck accedió a construir una fábrica real, aunque solo si la parte india aceptaba un conjunto de condiciones onerosas.)

En 1955, Jonas Salk, quien desarrolló la vacuna contra la poliomielitis, regaló la patente y capacitó a científicos de todo el mundo para aumentar la oferta. Cuando se le preguntó quién era el propietario de la patente, se mostró incrédulo. “Bueno, la gente, diría yo. . . “¿Podrías patentar el sol?” El día después de que su vacuna fuera declarada un éxito, la administración del presidente republicano Dwight Eisenhower ofreció compartir toda la propiedad intelectual con cualquier país que la

solicitara, incluida su archienemigo, la Unión Soviética.

Su sucesor, John F. Kennedy, enfureció a las empresas farmacéuticas con un memorándum sobre patentes (pág. 10943) en 1963 que decía que cuando las invenciones eran sustancialmente el fruto de la investigación pública, especialmente cuando se trataba de invenciones médicas, entonces el gobierno debería tener los derechos en todo el mundo. a ellos, y que esta investigación debe ser compartida con países extranjeros. Gran Bretaña estableció una Corporación Nacional de Desarrollo de Investigación (NRDC) pública para comercializar invenciones nacionales, con el mandato de que la agencia posea cualquier patente derivada de la investigación.

Luego, en 1964, los 134 países más pobres del mundo formaron el grupo G77, un bloque de votantes para promover sus intereses en las Naciones Unidas, justo cuando muchos países se estaban liberando del colonialismo. Los monopolios de patentes ocupaban un lugar destacado en la agenda del G77. Para 1970, India había redactado una nueva ley de patentes para reemplazar la versión colonial británica, que permitía la protección de patentes para algunos procesos .como métodos de fabricación, pero no para productos como vacunas o alimentos. Limitó la protección de las patentes a siete años; y permitió “licencias obligatorias” donde los gobiernos podían invalidar las protecciones de patentes. Las empresas odiaron tanto esta 'herejía' poscolonial que el director ejecutivo de Merck, John Connor, la calificó como "una victoria para el comunismo global". Otros países siguieron el ejemplo de India, debilitando las leyes sobre patentes y otros monopolios de conocimiento, con el objetivo de desarrollar la capacidad de producción local. Entonces, cuando los nuevos medicamentos ingresaron al mercado mundial, India vio cómo se introdujeron en el mercado interno a una fracción del precio mundial. Esto sentó las bases para la industria farmacéutica moderna de la India.

El eje Chicago-Pfizer

Desafortunadamente, la década de 1970 fue una época desfavorable para que los países en desarrollo del mundo se movieran. Con el embargo petrolero de la OPEP y el aumento de la inflación, la Edad de Oro se acercaba a su fin. Las nuevas ideologías procorporativas de “valor para los accionistas” y “neoliberalismo” estaban ganando popularidad rápidamente.

La Escuela de Chicago tenía una línea particular de pensamiento que favorecía los monopolios y el poder corporativo concentrado. Un pequeño grupo de personas, encabezado por el controvertido jurista Robert Bork, argumentó que deberíamos dejar de preocuparnos por el tamaño de las empresas, el poder corporativo, la influencia corporativa en la política o la democracia o en el estado de derecho, el poder corporativo sobre los trabajadores o los conceptos tontos, como la desigualdad o la equidad. En cambio, argumentó la gente de Bork, las autoridades deberían limitar el enfoque a solo dos cosas que los economistas pudieran medir fácilmente: primero, la eficiencia interna de las corporaciones, y segundo, la cuestión de si los consumidores estaban obteniendo un trato o no, a través de precios bajos. Su argumento era que las grandes corporaciones podrían obtener economías de escala y serían más eficientes, y pasarían esas 'eficiencias' a los consumidores a través de precios más bajos. Todo el mundo, decía el argumento, ganaría. Los monopolios, argumentó Bork, prácticamente tampoco podrían existir porque los competidores llegarían en "enjambres que oscurecen el cielo" para obtener una parte de las ganancias.

Fue un juego de manos notable, eliminando el poder, la desigualdad, la democracia, la ciudadanía, la equidad o incluso las consideraciones macroeconómicas, de la consideración. Pero ahí era donde quería ir el gran dinero, y estas ideas se extendieron rápidamente, apoderándose de los reguladores, los tribunales, los políticos e

incluso la opinión pública, primero en los Estados Unidos, luego en Europa, y con la ayuda del FMI, el Banco Mundial, y la OCDE, más allá.

Se desarrolló una ola de mega fusiones entre corporaciones, muchas de las cuales habrían sido completamente ilegales en la Edad de Oro. En este entorno, era inevitable que las leyes para proteger los monopolios de PI siguieran la tendencia mundial.

Fue en 1972, el año en que entró en vigor la ley de patentes de la India, cuando comenzó en serio el contraataque de las multinacionales, justo al comienzo de este período de rápido cambio ideológico.

El CEO de Pfizer, Edmund T. Pratt Jr., lideró la carga contra el G77, con un audaz plan para dominar los mercados globales de productos agrícolas y medicamentos. Pfizer ya era conocida por sus abogados agresivos, que ya habían iniciado una serie de demandas contra los gobiernos que habían prohibido las patentes médicas.

En 1978, Pratt comenzó a reunir un grupo de partes interesadas para llevar adelante la lucha. La solidaridad del G77 era demasiado fuerte, por lo que adoptaron dos nuevos enfoques. Primero, comenzaron a persuadir a los funcionarios de Estados Unidos de que, como dijo Pratt, “los derechos de propiedad intelectual son extremadamente importantes para la competitividad de Estados Unidos y otras economías posindustriales”. La palabra 'competitividad' en este contexto se basa en falacias intelectuales y tonterías económicas, como veremos más adelante, pero sonaba bien para persuadir a muchas personas en los Estados Unidos, preocupadas por el declive económico. Y se combinó con un importante ejercicio de relaciones públicas para convencer a la gente de que cualquiera que hiciera frente a las reglas era una nación canalla, involucrada en la piratería.

El segundo enfoque utilizó el puño del poder estatal. Cambiaron su enfoque lejos de las

Naciones Unidas, donde el G77 era dominante, a un foro menos conocido, donde las patentes y los monopolios del conocimiento no habían aparecido hasta ahora: la inmensa arena del comercio internacional. Pratt se desempeñó como asesor comercial de las administraciones del demócrata Jimmy Carter y del republicano Ronald Reagan, y estaba en una buena posición para impulsar la nueva agenda.

"Al igual que el ritmo de un tam-tam el mensaje sobre la propiedad intelectual se transmitió a través de la redes comerciales a las cámaras de Comercio, los consejos comerciales, los comités comerciales, las asociaciones comerciales y los organismos comerciales" escribieron Peter Drakos y John Braithwaite en su libro *INformation Feudalismo*. 2 progresivamente los ejecutivos de Faisler que ocupaban puestos clave en



“TRIPS es una fábrica de multimillonarios, un estatuto de monopolistas, que obliga a los países de todo el mundo a aceptar reglas que permiten a las multinacionales bloquear sus bienes y servicios con feroces fortalezas legales, para excluir a cualquier otra persona del uso de sus inventos, durante períodos excepcionalmente largos”.

Nicholas Shaxson



organizaciones comerciales estratégicas pudieron inscribir su apoyo a un enfoque de propiedad intelectual basado en el comercio”.

En la ronda de Tokio de negociaciones comerciales a fines de la década de 1970, Pratt

Aprovecho un nuevo concepto en uso, llamado vínculo que aprovechan los problemas no comerciales a la locomotora del comercio mundial. Se suponía que las negociaciones giraban entorno al libre comercio mientras que las patentes y otros monopolios del conocimiento tratan más o menos de lo contrario: permitir que las empresas se apoderen de los mercados y excluyan a los competidores con el respaldo legal del Estado. El infatigable Prat convenció a los directores ejecutivos de otras partes de la economía del conocimiento, desde el software hasta el entretenimiento y la maquinaria para que se unieran al impulso para acabar con la libertad de patentes y dejarlos monopolizar a escala global. Consiguieron su vínculo y como explica el escritor Alexander fãiTIC: y aparte esta es la razón por la cual el acrónimo de los a Vic de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio suena tan forzado y torpe nació en un calzador la administración Reagan comenzó apoyar el empuje de Prat contra la feroz resistencia del grupo G 77 liderado por India y Brasil sin embargo una vez dentro de las negociaciones comerciales Estados Unidos sacó lo que resultaría ser el arma decisiva una parte de la ley comercial estadounidense llamada sección 301 que permitía represalias comerciales contra países con políticas discriminatorias o gravosas un representante comercial de Estados Unidos llamó a la sección 301 la bomba H de la política comercial porque todos los países querían comerciar con los Estados Unidos y los países pobres no podían permitirse el lujo de quedar excluidos.

La solidaridad del G 77 no sobrevivió por mucho tiempo al ariete comercial. Los

negociadores comerciales fueron intimidados para que aceptaran. Brasil fue el primer líder de la coalición en ceder aceptando firmar los Aspic en 1980 y nueve después de que Estados Unidos impusiera aranceles agobiantes a sus importaciones e India siguió al año siguiente el presidente demócrata Clinton solidificó el tratado supervisando triunfalmente el nacimiento de la organización mundial del Comercio OMC en 1994 con su propio acuerdo Trips un total de 124 países firmaron como si no tuvieran otra opción

TRIPS y el engaño de la competitividad

En 1994, el mismo año en que se creó la OMC, el economista estadounidense Paul Krugman escribió un artículo innovador en Foreign Affairs llamado "Competitividad: una obsesión peligrosa", que ensartó una idea poderosa que había ganado una fuerza cada vez mayor después del final de la Edad de Oro. La idea era que los países se encontraban en una especie de carrera mundial entre sí, y que cada país o estado no tenía más remedio que ser 'competitivo' o perdería.

“Las personas que se creen sofisticadas en el tema dan por sentado que el problema económico que enfrenta cualquier nación moderna es esencialmente el de competir en los mercados globales, que Estados Unidos compite con Japón en el mismo sentido en que Coca-Cola compite con Pepsi. – y no saben que alguien podría cuestionar seriamente la propuesta”.

La competitividad suena como algo maravilloso, y se había puesto de moda en todo el mundo. Como dijo el propio Clinton, cada nación es 'como una gran corporación que compite en un mercado global' con, presumiblemente, su presidente siendo comparado con una especie de director ejecutivo, y la población de la nación como, quizás, los trabajadores.

La manera de que un país sea 'competitivo', de acuerdo con esta agenda, era

esencialmente ofrecer incentivos en el camino del capital global altamente móvil, por temor a que sin estos atractivos el capital se escape a costas más hospitalarias, como Ginebra o Singapur, o las Islas Caimán. Los atractivos eran muchos: recortar las tasas de impuestos corporativos e introducir lagunas; avanzar hacia regulaciones financieras "suaves"; recortar el presupuesto para los órganos de aplicación; o relajar las leyes sobre monopolios y conductas abusivas de las grandes multinacionales. Uno de esos señuelos, que el director general de Pfizer, Edmund Pratt, había promovido con tanta fuerza en nombre de la 'competitividad', era la fuerte protección de las patentes, y especialmente las normas sobre los ADPIC. Los países sintieron que no tenían otra opción para dar a las multinacionales y financistas lo que pedían, o perderían en esta supuesta 'carrera global'.

El problema era, como explicó pacientemente Krugman, que todo el concepto de "competitividad nacional" es una tontería, construida sobre falacias intelectuales y aulladores económicos escolares.

Un primer problema con el concepto es este: los países no se parecen ni remotamente a las empresas. Por ejemplo, ¿cuál sería el equivalente a nivel nacional de una empresa que quiebra y colapsa? ¿Un estado fallido? Esa es una criatura muy diferente. ¿O cuál sería el equivalente corporativo de un impuesto, o el control de las tasas de interés por parte de un banco central? La comparación no computa. Es una tontería.

Pero la gente importante habla de 'competitividad nacional' todo el tiempo, entonces, ¿qué podría significar eso? Bueno, uno puede imaginar dos posibles significados que podrían tener algún sentido.

Un primer significado posible de 'competitividad nacional' es la versión que podría llamarse 'degradación', la versión que Pratt estaba impulsando para las patentes, y que puede generalizarse a cualquier sistema

impositivo o regulatorio o estrategia de aplicación. Este es el enfoque de "explotarme" de un paraíso fiscal: reducir los impuestos corporativos, ofrecer regulaciones financieras laxas o fuertes instalaciones de secreto financiero, o facilitar la aplicación de las leyes sobre delitos financieros, o dar a las empresas licencia para monopolizar en los mercados nacionales, en un intento de atraer "inversión". Si no dejas que te exploten, dice la idea, no invertirán.

El mayor problema con esta idea de 'degradación' es que colocar un letrero de neón en el mercado global que diga 'Explótame' parece una fórmula extraña para el desarrollo nacional, o incluso para atraer inversiones. Tome los recortes de impuestos corporativos, por ejemplo. Si recorta los impuestos corporativos, obtiene menos ingresos para gastar en cosas buenas, como tener una fuerza laboral saludable o educada, o una buena infraestructura, que es lo que necesita para atraer inversiones. Encuesta tras encuesta a los jefes corporativos lo confirma: que los recortes de impuestos corporativos son contraproducentes, un hecho subrayado violentamente en 2021 cuando el ministro de finanzas del Reino Unido, Rishi Sunak, admitió que un largo programa de recortes de impuestos corporativos simplemente no había logrado generar crecimiento o incluso ninguna inversión.

Casi siempre, los jefes corporativos saben exactamente dónde quieren invertir, antes de salir y tratar de persuadir a los estados para que les otorguen recortes de impuestos, fuertes protecciones de patentes u otros subsidios públicos. "Nunca tomé una decisión de inversión basada en el código tributario", dijo Paul O'Neill, ex presidente ejecutivo del gigante siderúrgico Alcoa, y luego secretario del Tesoro de EE. UU. "Si estás regalando dinero, lo tomaré. Si quieres darme incentivos para algo que voy a hacer de todos modos, lo aceptaré. Pero los buenos empresarios no hacen las cosas por incentivos".

Otro problema con esta 'idea degradante' es que si ofrece un subsidio como una escapatoria fiscal corporativa, para tentar al capital hacia sus costas, otros países seguirán su ejemplo, en una carrera hacia el abismo. Los subsidios públicos a los dueños de impuestos globales seguirán acumulándose, sin nada que mostrar.

Toda la “rebaja de la competitividad” fue un engaño, desde el principio. Y sobre la protección de patentes, los indios lo sabían, los brasileños lo sabían y todas las naciones del G77 lo sabían. Entonces, en lugar de aceptarlo voluntariamente, lo hicieron tragar a la fuerza, a través de la bomba H del comercio y la Sección 301.

Todo el mundo sabía lo perjudicial que era para los países de bajos ingresos. Pero lo divertido fue que las administraciones estadounidenses desde Reagan en adelante y una gran parte de los medios estadounidenses pensaron que era bueno para Estados Unidos, porque ayudaba a las multinacionales estadounidenses. Sin embargo, por supuesto, lo que es bueno para las multinacionales estadounidenses no es necesariamente bueno para EE.UU. Y TRIPS fue esencialmente una licencia para EE. UU. y otras multinacionales para explotar a todos , incluso en EE. UU. Esa estimación de un billón de dólares del costo anual para los ciudadanos estadounidenses debido a estas prácticas monopólicas expone dónde se encuentran las verdaderas líneas de batalla. Esta es una lucha entre el 99,9% de las personas que están obligadas a pagar estos impuestos privados y el 0,1% de los propietarios que los están recaudando, en países de todo el mundo.

Como Katherine Tai dijo más recientemente,

“Esta desigualdad no es justa ni sostenible. No sucedió de la noche a la mañana. Es el resultado de una larga búsqueda de políticas impositivas, comerciales, laborales y de otro tipo que alentaron una carrera hacia el

abismo; [queremos] una política económica, incluida una política comercial, que genere prosperidad compartida para todos los estadounidenses, no solo ganancias para las corporaciones”.

Nuestro sistema actual de patentes y propiedad intelectual no es fijo ni inevitable: ha sido el resultado de fuerzas políticas y económicas en constante evolución. El terreno ahora está cambiando rápidamente y se están abriendo nuevas posibilidades políticas. El momento de agarrarlos es ahora.

La pandemia ha forzado preguntas difíciles sobre la PI en la agenda global. Si TRIPS hace lo que sus defensores afirman que hace al apoyar la innovación y, por lo tanto, el acceso a medicamentos y vacunas, o si realmente los socava, ha sido literalmente una pregunta de vida o muerte para millones de personas en los últimos años. Pero la pregunta no era nueva, ni se limitaba al Covid-19 o, de hecho, solo a la atención médica. Se aplica al cambio climático, que necesita una continua explosión de innovación, para darle a nuestro planeta alguna posibilidad de evitar que las aterradoras predicciones de los expertos se hagan realidad. La gente se ha estado haciendo esas preguntas durante años y han encontrado muchas otras respuestas posibles .

Nuestro enfoque de la innovación no tiene que ser un sistema fiscal privado oculto sobre los monopolios del conocimiento en poder de las corporaciones. Puede ser uno que apoye el bien común y la salud del planeta. Y si actuamos ahora, tenemos la mejor oportunidad en una generación para lograrlo.

Nicholas Shaxson es periodista, autor de varios libros, incluido *The Finance Curse: How Global Finance is Making Us All Poorer*, y cofundador del *Balanced Economy Project* , una nueva organización antimonopolio.

OTRAS FUENTES

Reclamando una salud Pública mundial

Zain Rizvi.

Bill of Health, 20-09-2022. <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2022/09/20/reclaiming-global-public-health/>

Zain Rizvi, director de investigación en Public Citizen, expone en este artículo como la propiedad intelectual, "las patentes y los secretos comerciales facultan a los actores privados para tomar decisiones sobre el precio, la producción y el suministro de tecnologías médicas importantes; en resumen, sobre la salud pública". Esta es la base que explica la inequidad en el acceso a las vacunas que se ha producido durante la pandemia y cuya consecuencia inmediata supone la aparición de nuevas variantes y, como comenta Rizvi citando a investigadores de la Escuela de Salud Pública de Yale: "para el 12 de mayo de 2022, más del 40 por ciento de las muertes nacionales por COVID-19 fueron causadas por variantes designadas por la OMS. Alpha, Delta y Omicron, que se detectaron por primera vez en Europa, Asia y África, que provocaron 430.000 muertes"

Diciembre de 2020, el mundo tenía herramientas asombrosamente poderosas contra el COVID-19. Los reguladores mundiales habían autorizado nuevas vacunas de ARNm, respaldadas por décadas de inversión pública. Sin embargo, la promesa de las vacunas se cumplió de manera desigual: surgieron profundas divisiones entre quienes pudieron asegurar las vacunas y quienes se quedaron atrás, o lo que el presidente de Sudáfrica, Cyril Ramaphosa, llamó "apartheid de vacunas".

La escasez de dosis elevó el papel de los ejecutivos farmacéuticos. Respondiendo a las llamadas de los jefes de estado, decidieron qué entregas de vacunas priorizar, determinando qué países podrían proteger vidas y medios de subsistencia. La respuesta a una de las preguntas de salud pública más importantes de nuestro tiempo: ¿quién tiene acceso a las vacunas? — no fue determinada en su mayoría por representantes políticos ni científicos, sino por ejecutivos corporativos.

Las decisiones privadas no coincidían con las necesidades de salud pública. Las corporaciones farmacéuticas acumularon

tecnología que podría haber ayudado a aliviar la escasez. Algunos también extrajeron compromisos contractuales que dieron lugar a acusaciones de intimidación, cobraron más a los países de bajos ingresos que a los países de altos ingresos y retrasaron las entregas a las iniciativas que abastecen a los países en desarrollo.

A fines de 2021, Thomas Cueni, presidente de una asociación internacional de comercio farmacéutico, reconoció que todos estaban "avergonzados y avergonzados" por la inequidad. "También tenemos que admitir que fallamos estrepitosamente en términos de implementación equitativa, distribución equitativa, y eso es algo que realmente debemos mejorar en 2022", dijo Cueni.

Apuntalando este poder privado estaba la propiedad intelectual (PI). Las patentes y los secretos comerciales facultan a los actores privados para tomar decisiones sobre el precio, la producción y el suministro de tecnologías médicas importantes; en resumen, sobre la salud pública. El control del monopolio presenta cuestiones profundas para la gobernanza de la salud pública.

Esta ascensión de titulares privados de propiedad intelectual en la pandemia estuvo acompañada de una retirada del escenario mundial por parte de poderosos actores públicos. Considere a Estados Unidos, por ejemplo, que tomó la decisión sin precedentes de abandonar la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la pandemia. Casi al mismo tiempo, invirtió miles de millones de dólares para acelerar el desarrollo de vacunas, sin obtener un solo compromiso contractual para proteger el acceso global. Meses después, EE. UU. se reincorporó a la OMS y apoyó una iniciativa mundial de vacunas entregando dólares y dosis, pero no con la ambición y la escala requeridas. Los esfuerzos en la Organización Mundial del Comercio para renunciar a las reglas globales de PI durante la pandemia fracasaron de manera similar después de que EE. UU. no pudo respaldar un cambio histórico en la política con recursos políticos reales. Finalmente, el Congreso no financió la asistencia global para vacunas, dándole la espalda al mundo.

Juntas, estas decisiones tuvieron un profundo impacto en la salud pública mundial. Las vacunas se autorizaron por primera vez en diciembre de 2020. Desde entonces, se han registrado millones de muertes en todo el mundo, y muchas personas no pudieron o no quisieron recibir vacunas que podrían haberles salvado la vida.

Nadie quedó libre de la inequidad. La historia de cómo EE. UU. alcanzó el millón de muertes no se puede contar aisladamente de cómo se propagó el virus a nivel mundial. La transmisión global sostenida del SARS-CoV-2, junto con las profundas desigualdades en el acceso a las vacunas, condujo a la aparición de nuevas variantes que pudieron propagarse más rápido, causar enfermedades más graves y/o escapar de la respuesta inmunitaria. En una preimpresión publicada con investigadores de la Escuela de Salud Pública de Yale,

analizamos la carga de mortalidad de cada variante a medida que EE. UU. alcanzó la marca de un millón de muertes. Para el 12 de mayo de 2022, más del 40 por ciento de las muertes nacionales por COVID-19 fueron causadas por variantes designadas por la OMS. Alpha, Delta y Omicron, que se detectaron por primera vez en Europa, Asia y África, provocaron 430.000 muertes. El análisis proporcionó nueva evidencia de lo que los defensores de la salud mundial habían estado diciendo todo el tiempo: nadie está a salvo hasta que todos estén a salvo.

Sin embargo, más allá de las iniciativas impulsadas por la caridad, muy pocas partes de nuestra respuesta a la peor crisis mundial de salud pública en un siglo fueron organizadas globalmente o dirigidas públicamente. El hecho de no vacunar rápidamente al mundo subraya la necesidad urgente de un nuevo enfoque. ¿Cómo podría ser este?

Podríamos empezar por reivindicar el papel de la ciudadanía en el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias. Los dólares públicos deben venir con obligaciones para servir al interés público, desde la fijación de precios hasta la transferencia de tecnología. La PI no debe interponerse en el camino de poner fin a las epidemias. También podríamos organizar y financiar la salud global de una manera que reconozca su centralidad para nuestra propia salud.

Más fundamentalmente, necesitamos desarrollar nuevos entendimientos de lo que significa mantener a las personas seguras; reconceptualizar cómo estructuramos la producción de conocimiento, para no permitir que los titulares de patentes levanten vallas alrededor del conocimiento que salva vidas; y resistir la idea de que los intereses económicos privados pueden dejarse a cargo de la salud pública mundial.



OTRAS FUENTES

No necesitamos monopolios de patentes concedidos por el gobierno para financiar la investigación sobre medicamentos

Dean Baker.

Counterpunch, 25-08-2022, <https://www.counterpunch.org/2022/08/25/we-dont-need-government-granted-patent-monopolies-to-finance-drug-research/>

Dean Baker, apreciado y bien conocido por los lectores de nuestra revista, comenta en este artículo publicado en *Counterpunch* un texto de Watney y Williams, donde estos autores proponen alternativas a la financiación de la investigación de nuevos medicamentos mediante el monopolio de patentes. Su análisis es contundente: "Las drogas son baratas. El gobierno las encarece emitiendo monopolios de patentes y proporcionando otras formas de protección". A continuación nos proporciona un dato revelador de la magnitud del gasto innecesario: de los aproximadamente \$520 mil millones al año de gasto en medicamentos, en un mercado libre, sin monopolios de patentes ni protecciones relacionadas, probablemente pagaríamos menos de \$100 mil millones.

Estos son tiempos extraordinarios, y cada vez son más extraordinarios. El último es un artículo en el *Washington Post* que en realidad cita a Sanders con aprobación. *El Post* publicó un artículo de Caleb Watney y Heidi Williams defendiendo alternativas a los monopolios de patentes para financiar el desarrollo de nuevos medicamentos. El artículo cita con aprobación una propuesta de Sanders de 2013, que habría creado premios a la innovación para recompensar a las compañías farmacéuticas por desarrollar nuevos medicamentos importantes. Sobre las alternativas a la financiación de nuevos medicamentos para financiar la investigación

El contexto para la mención de Sanders es la preocupación planteada por la industria farmacéutica de que los precios más bajos de sus medicamentos, como resultado de las disposiciones de la Ley de Reducción de la Inflación, los llevará a desarrollar menos medicamentos nuevos. Watney y Williams aceptan que es probable que la industria gaste un poco menos en investigación, pero señalan claramente que esto puede compensarse con fondos gubernamentales adicionales para investigación.

Este es un punto increíblemente importante que parece haber escapado en gran medida a casi todos en el debate sobre los precios limitados de los medicamentos. Si bien es cierto que si la industria tiene más dinero, probablemente invertirá más en investigación, no hay motivo para que debamos confiar en los monopolios de patentes como el único mecanismo para financiar la investigación.

Como señalan Watney y Williams, ya dependemos del gobierno para apoyar una gran cantidad de investigación biomédica. Si bien gran parte de esto es investigación más básica respaldada por los Institutos Nacionales de Salud, la financiación del gobierno a menudo respalda el desarrollo y la prueba reales de nuevos medicamentos y vacunas, como fue el caso de la vacuna Moderna Covid desarrollada con fondos de Operation Warp Speed. Watney y Williams proponen una variedad de mecanismos para aumentar la financiación pública, incluido algo similar al premio a la innovación de Sanders.

Reconocer la compensación entre la investigación respaldada por el monopolio de

patentes y otros mecanismos es un gran paso adelante, pero el artículo de Watney y Williams solo nos da una parte de la imagen. Las drogas son baratas. El gobierno las encarece emitiendo monopolios de patentes y proporcionando otras formas de protección.

Gastaremos aproximadamente \$520 mil millones este año en medicamentos recetados este año. Esto es el 2,2 por ciento del PIB o el 60 por ciento del tamaño del presupuesto militar. Si los medicamentos se vendieran en un mercado libre, sin monopolios de patentes ni protecciones relacionadas, probablemente pagaríamos menos de \$100 mil millones. Los medicamentos que actualmente se venden por decenas o cientos de miles de dólares probablemente se venderían por varios cientos de dólares. Es raro que los medicamentos sean caros de fabricar y distribuir. Los altos precios se derivan del hecho de que las compañías farmacéuticas tienen el monopolio de un medicamento que puede ser necesario para la salud o la vida de alguien.

Por los \$400 mil millones adicionales que gastamos en comprar medicamentos, recibimos un poco más de \$100 mil millones en investigación de la industria farmacéutica. Si bien gran parte de este gasto se destina al desarrollo de nuevos medicamentos importantes, también se dedica gran parte al desarrollo de imitaciones o innovaciones que permiten a las compañías farmacéuticas extender su período de protección de patentes u otras formas de exclusividad en el mercado.

Podemos buscar reemplazar el financiamiento del monopolio de patentes con otras formas de investigación apoyada por el gobierno. Podemos usar rutas como el premio a la innovación de Sanders, pero mi ruta preferida sería la ruta de financiación directa, similar a la que ahora persiguen los Institutos Nacionales de Salud con su presupuesto de más de \$ 50 mil millones.

Mi ruta agregaría dos características adicionales. Primero, haría que la financiación pasara por empresas privadas con contratos a largo plazo, similar a lo que hace el Departamento de Defensa con los contratistas principales en los principales sistemas de armas.[1] La otra diferencia sería que exigiría que todos los resultados se publiquen lo más rápido posible en la web y que todas las patentes sean de dominio público. Esto significa que todos los medicamentos, vacunas y equipos médicos nuevos podrían venderse como genéricos baratos desde el día en que sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Al hacer pública toda la investigación lo más rápido posible, es probable que veamos un progreso más rápido en el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos. Los investigadores podrían aprovechar rápidamente los éxitos de otros investigadores y evitar tomar rutas que otros investigadores habían determinado que eran callejones sin salida.

Al hacer que todos los medicamentos se vendan en un mercado libre, a diferencia de los precios protegidos por patentes, también evitaríamos gran parte de la corrupción resultante de los monopolios de patentes. Si bien todos los economistas reconocen que los aranceles del 10 o 25 por ciento pueden conducir a la corrupción, por alguna razón tienen problemas para reconocer que los monopolios de patentes, que elevan el precio de los medicamentos en un 1000 por ciento o incluso en un 10,000 por ciento por encima del precio del mercado libre, también pueden conducir a la corrupción.

Esto es especialmente sorprendente ya que la evidencia está a nuestro alrededor, comenzando con la promoción de drogas que alimentó la crisis de los opiáceos, pero con muchos otros ejemplos destacados. Cuando las compañías farmacéuticas pueden vender medicamentos a precios que están muy por encima de su costo de

producción, sería sorprendente que no hicieran todo lo posible para promocionar sus medicamentos lo más ampliamente posible. Esto es exactamente lo que la economía predice que sucederá.

De todos modos, pasar de un sistema de apoyo a la investigación de medicamentos recetados a través de monopolios de patentes otorgados por el gobierno a un sistema de financiación pública directa será un proceso largo. Pero tenemos que iniciar el debate. Es

genial ver que el *Washington Post* da el primer pequeño paso en su página de opinión.

Notas

[1] Describo este sistema con más detalle aquí y en el Capítulo 5 de [Rigged](#) [es gratis].

Dean Baker es el economista principal del Centro de Investigación Económica y Política en Washington, D.C. [CounterPunch.org](#)

OTRAS FUENTES

Pfizer condenado por “obscena” ganancia inesperada pandémica de 100.000 millones de dólares

Global Justice Now, 28-07-2022, <https://www.globaljustice.org.uk/news/pfizer-condemned-for-obscene-100bn-pandemic-windfall/>

La compañía farmacéutica de EE. UU. obtiene ingresos por vacunas en el segundo trimestre de 2022 de \$ 27,7 mil millones y pronostica ingresos para 2022 de \$ 98 a \$ 102 mil millones en general. ⁽¹⁾

Pfizer se convertirá en la primera compañía farmacéutica en ganar \$ 100.000 millones en un año.

Se proyecta que los ingresos de Pfizer para 2022 sean un 25 % más altos que sus cifras para 2021 y más del doble de sus ingresos de 2020 de \$41,700 millones.

Durante los primeros 6 meses de 2022, Pfizer ha devuelto \$6500 millones a los accionistas a través de la recompra de acciones y dividendos, en comparación con los \$5100 millones gastados en proyectos de investigación y desarrollo.

En reacción a la noticia de los resultados del segundo trimestre del fabricante

estadounidense de vacunas Pfizer, Tim Bierley, activista farmacéutico de Global Justice Now, dijo:

“Pfizer está listo para una obscena ganancia inesperada de \$ 100.000 millones por la pandemia en 2022, incluso cuando el mundo sigue estando a miles de millones de dosis de vacunar a todos. Después de dieciocho meses de negarse a compartir su tecnología de vacunas que salvan vidas con los países del sur global, ahora nos enfrentamos a una situación en la que grandes partes del mundo no pueden acceder al tratamiento de Pfizer para el covid-19 que salva vidas ⁽²⁾. Todo esto se debe a un modelo de negocio que antepone la codicia de los accionistas a la vida de las personas.

Dos años de terrible desigualdad en materia de vacunas han provocado cientos de miles de muertes innecesarias ⁽³⁾; sin embargo, la

única lección que ha aprendido Pfizer es que se pueden generar miles de millones con un medicamento financiado con fondos públicos. Mientras los líderes consideran cómo nos preparamos para futuras pandemias (4), la prioridad debe ser reemplazar este modelo farmacéutico, que ilógicamente premia el acaparamiento de conocimiento científico. Es hora de un sistema más cooperativo, menos centrado en las ganancias, que priorice la salud pública mundial”.

Notas

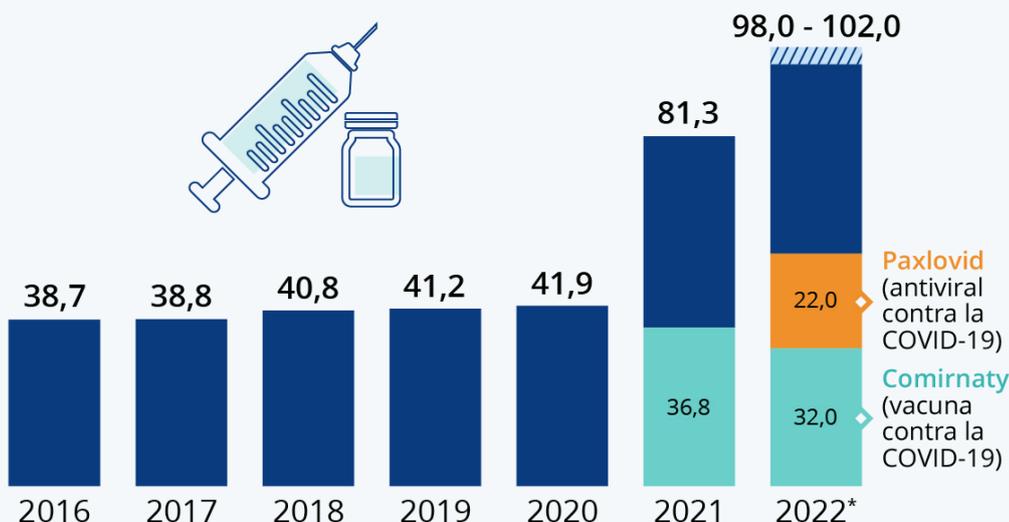
1. Pfizer informa los resultados del primer trimestre de 2022: https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2022/q2/Q2-2022-PFE-Earnings-Release.pdf
2. Paxlovid de Pfizer se vuelve genérico en 95 países: demasiado poco, demasiado tarde, dicen los

- defensores de Access, 17 de marzo de 2022: <https://healthpolicy-watch.news/pfizers-paxlovid-goes-generic-in-95-countries-too-little-demasiado-tarde-los-criticos-dicen/>
3. Las vacunas contra el COVID redujeron el número de muertes a nivel mundial en 20 millones en el primer año, 24 de junio: <https://www.theguardian.com/world/2022/jun/24/covid-vaccines-cut-global-death-toll-20m-first-year-estudiar>
4. Un tratado pandémico para el acceso global equitativo a contramedidas médicas: siete recomendaciones, julio de 2022: <https://gh.bmj.com/content/7/7/e009709>

Global Justice Now es una organización de campaña con sede en el Reino Unido y parte de People's Vaccine Alliance.

Los ingresos de Pfizer se disparan gracias a la COVID-19

Ingresos anuales de Pfizer (en miles de mill. de dólares estadounidenses)



* Previsiones oficiales del 8 de febrero de 2022.

Fuente: Pfizer



OTRAS FUENTES

Moderna, entre las empresas, otorgó silenciosamente poderes para apoderarse de los derechos de patente durante los primeros días de la pandemia de COVID

Lee Fang.

The Intercept. 23-08-2022, <https://theintercept.com/2022/08/23/covid-vaccine-patents-moderna-big-pharma-section-1498/>

Este artículo ilustra muy bien la estructura compleja de acciones con la que la industria farmacéutica protege sus patentes para impulsar sus desmesuradas ganancias. El autor nos muestra cómo Moderna utilizó las licencias obligatorias implantadas por el gobierno de los EE.UU sobre otras empresas para facilitar el desarrollo y producción de su vacuna, como por ejemplo el uso de la tecnología de nanopartículas de lípidos. Moderna por otra parte ha recibido ha sido al mismo tiempo financiación de la administración a través del programa Operation Warp Speed de \$2480 millones en fondos federales para producir su vacuna de ARNm. Sin embargo Moderna mantiene sus patentes utilizando como señala el artículo todas las estrategias a su alcance para seguir consiguiendo unos beneficios escandalosos para su CEO Bancel y sus accionistas

DURANTE EL APOYO de la pandemia de coronavirus, cuando Sudáfrica, India y muchos países de bajos ingresos solicitaron una exención especial en la aplicación de patentes que les permitiría fabricar vacunas contra el covid-19 y medicamentos baratos, la industria farmacéutica de EE. UU. refunfuñó..

Los ejecutivos farmacéuticos y los cabilderos estadounidenses respondieron que EE. UU. no solo debería oponerse enérgicamente a compartir patentes, sino también adoptar medidas para sancionar a cualquier país que se atreviera a violar los derechos de patente corporativos.

“Las patentes son la razón por la que existen las vacunas contra el covid-19. Renunciar a ellos socavaría nuestra respuesta a esta pandemia y futuras emergencias de salud”, escribió Michelle McMurray-Heath, una de las principales lobbistas de biotecnología y directora de la Organización de Innovación en Biotecnología (BIO) , en una columna de

opinión que despreciaba la solicitud de exención liderada por Sudáfrica.

McMurray-Heath, en su columna, se refirió al éxito de Moderna Inc., en el que "la concesión de licencias de tecnología, no la derogación de patentes" hizo posibles las vacunas.

Esta dura opinión la desmiente una suspensión sin precedentes de la aplicación de patentes otorgada a compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos seleccionadas, incluida Moderna.

Ahora sabemos que las compañías farmacéuticas como Moderna aprovecharon las condiciones de emergencia para renunciar a los derechos de patente de los componentes de las vacunas de ARNm de Covid-19. A pesar de la retórica de la industria farmacéutica en torno a la santidad de las protecciones de patentes, los contratos pandémicos gubernamentales recientemente revelados y una controvertida demanda por infracción de patente contra Moderna

muestran hasta qué punto se aceleraron los tratamientos contra el coronavirus fabricados en Estados Unidos utilizando el mismo tipo de patente compartida involuntaria que la industria farmacéutica ha denunciado. .

Knowledge Ecology International, un grupo de defensa que hace campaña por el acceso a los medicamentos, publicó recientemente los resultados de una solicitud de la Ley de Libertad de Información que muestra que la administración Trump invocó silenciosamente una ley de la era de la Primera Guerra Mundial para dar a las empresas una vía para producir medicamentos contra el covid-19. vacunas, pruebas y otros productos relacionados con la pandemia y una autoridad especial para confiscar prácticamente cualquier patente que deseen sin autorización.

KEI ha identificado 62 contratos federales relacionados con la pandemia, incluso con empresas importantes como Corning Inc., Eli Lilly and Co., Merck & Co. Inc., Qiagen, Sanofi, Moderna y Siemens, con cláusulas que hacen referencia a las reglamentaciones asociadas con la Sección 1498, estatuto que otorga licencia obligatoria para la realización del contrato. Una licencia obligatoria permite el uso de invenciones patentadas sin el permiso de los titulares de la patente. En el caso de la ley, dicha suspensión amplia de los derechos de patente tradicionales se otorga siempre que la invención patentada se use al servicio de una función gubernamental crítica, generalmente en áreas de seguridad nacional o una emergencia nacional.

Los contratos fluyeron a empresas que desarrollaron rápidamente los productos necesarios para responder a la pandemia. La financiación federal de Qiagen ayudó a producir la línea QIAstat-Dx de equipos de prueba de PCR para detectar patógenos de Covid-19 en muestras humanas. El contrato de Corning identificado por KEI apoyó la fabricación de viales de grado médico y tubos de vidrio utilizados para los esfuerzos de respuesta al coronavirus.

Los contratos identificados por KEI citan regulaciones promulgadas por la Sección 1498, algunas de las cuales indemnizan al gobierno por demandas de patentes, mientras que otras no.

“Hay todo un debate: supuestamente, el gobierno de EE. UU. es un gran creyente en los derechos de patente, intimidamos a otros países sobre estos temas”, dijo James Love, director de KEI. “Y al mismo tiempo, durante la pandemia, Estados Unidos se volvió loco emitiendo licencias obligatorias”.

“Me alegro de que lo hayan hecho”, agregó Love, “pero me sorprendió lo que encontramos”.

BIO y Moderna no respondieron a una solicitud de comentarios.

El derecho a renunciar a las patentes

La Sección 1498 se promulgó por primera vez en 1910, con los legisladores interesados en formas de garantizar que el gobierno pudiera implementar rápidamente las patentes útiles para la seguridad nacional. Apenas unos años después de su promulgación, el comienzo de la Primera Guerra Mundial llevó a la realidad lo que hasta entonces habían sido aplicaciones teóricas.

Al comienzo del desarrollo de la industria aeronáutica, la aplicación de licencias de patentes "casi confiscatorias" por parte de los hermanos Wright y el fabricante de aviones Glenn Curtiss restringió severamente la competencia en EE. UU. En vísperas de la guerra, Francia poseía 266 aerolíneas militares, mientras que el ejército de EE. seis. Cuando EE. UU. intentó cerrar la brecha, las demandas excesivas de regalías por parte de los titulares de patentes de aviones estrangulaban a los fabricantes de aviones. En respuesta, una serie de funcionarios, incluido el secretario interino de la Marina, Franklin Roosevelt, que entonces servía bajo el mando del presidente Woodrow Wilson,

pidieron al Congreso que ampliara la ley de 1910 para que los militares pudieran adquirir patentes de aviación mediante la incautación

La ley se amplió nuevamente durante la Segunda Guerra Mundial. En una propuesta que posteriormente se convirtió en ley, diseñada para “ayudar en la prosecución exitosa de la guerra”, la Sección 1498 se amplió para incluir a los subcontratistas del gobierno, para permitir la terminación de los pagos de regalías considerados “excesivos” y para los titulares de patentes. para buscar compensación en la corte federal.

El gobierno de George W. Bush también amenazó con invocar la Sección 1498 durante el temor al ántrax que siguió a los ataques del 11 de septiembre de 2001. En ese momento, la compañía farmacéutica Bayer tenía la patente de la ciprofloxacina, el antibiótico para tratar el ántrax, pero dijo que tomaría dos años para que la empresa produzca suficiente suministro. A pesar de las protestas de los fabricantes de genéricos que se ofrecieron a producir el medicamento más rápido, Bayer se negó a licenciar la patente.

Después de la presión de los demócratas del Senado y los llamamientos de los miembros del gabinete de Bush para invocar el estatuto de una licencia obligatoria para fabricar cipro genérico, Bayer cedió y prometió una reducción de precios y un aumento masivo en la fabricación de la droga.

La demanda contra Moderna

El presidente Donald Trump no hizo ningún anuncio sobre la decisión de su administración de invocar la Sección 1498, pero la ley se inserta en docenas de contratos pandémicos, reveló KEI.

La cláusula de licencia obligatoria está integrada en los contratos de investigación y desarrollo adjudicados en 2020 a Moderna. La compañía, a través del programa Operation Warp Speed para superar los medicamentos contra el coronavirus, recibió

\$2480 millones en fondos federales para producir su vacuna de ARNm.

Una vez que Moderna comenzó a producir vacunas contra el covid-19, la empresa “simplemente usó la tecnología patentada sin pagar por ella ni siquiera pedir una licencia”. Ese lenguaje del contrato ahora está en el centro de una batalla legal contenciosa sobre la tecnología patentada que cumplió una función crítica en una de las vacunas más utilizadas. A principios de este año, Moderna se vio afectada por dos demandas de patentes que alegaban que la empresa infringió patentes controladas por Arbutus Biopharma Corp. y Alnylam Pharmaceuticals Inc. sobre el uso de la tecnología de nanopartículas de lípidos. Las gotitas de lípidos son esenciales para proteger la integridad de las vacunas de ARNm, que tienden a degradarse rápidamente una vez que ingresan al cuerpo. Las empresas buscan regalías por el uso de sus patentes.

Los demandantes señalan que Moderna había licenciado patentes para sus otros productos en el pasado, pero que una vez que la empresa comenzó a producir vacunas contra el covid-19, Moderna “simplemente usó la tecnología patentada sin pagar por ella ni siquiera pedir una licencia”.

En la corte, los abogados de Moderna se movieron primero para argumentar que los demandantes en la disputa de patentes solo pueden buscar una compensación del gobierno de los EE. UU., no de Moderna, dada la licencia especial otorgada a Moderna bajo la Sección 1498 en su contrato para producir la vacuna. En su escrito para desestimar el caso, Moderna señaló que el gobierno promulgó la ley de emergencias nacionales e incluyó protecciones contra demandas por infracción de patentes para situaciones como la crisis del coronavirus.

“A falta de guerra”, escribió Brian Egan, abogado de Moderna en el bufete de abogados Morris, Nichols, Arsht & Tunnell, “es difícil concebir una situación más en el corazón de la Sección 1498 que la crisis de

COVID-19". uno de los mayores desafíos de salud pública en la historia moderna".

La única reparación, afirma Moderna, es que los demandantes presenten una demanda para reclamar dinero de los contribuyentes a través de un tribunal especial de reclamos. Si Moderna logra desestimar la demanda, la única ruta para Arbutus y Alnylam será solicitar el pago a través del Tribunal de Reclamos Federales de EE. UU. La estrategia legal equivaldría a que los contribuyentes proporcionen aún más ganancias inesperadas a la industria farmacéutica mientras protegen las ganancias que obtuvieron las empresas al negar la producción global de vacunas baratas.

Negarse a compartir patentes

Independientemente de las decisiones judiciales, la hipocresía de las empresas farmacéuticas es clara y flagrante.

BIO, un grupo de cabildeo que representa a Moderna y otras compañías de investigación farmacéutica, se ha opuesto a cualquier licencia obligatoria para compartir patentes que podrían usarse para ayudar en la creación de vacunas o medicamentos contra el coronavirus para países de bajos ingresos. La organización parece descuidar el papel de una licencia obligatoria para que uno de sus propios miembros se apodere de las patentes.

"BIO y sus miembros también están extremadamente preocupados por las regulaciones de emergencia introducidas en varios países que exigen el uso unilateral de licencias obligatorias para productos COVID o aquellas implementadas bajo vagos motivos de seguridad nacional", escribió BIO en una petición el año pasado a la administración de Biden, pidiendo que se oponga a cualquier intercambio de patentes con países que buscan producir vacunas genéricas y tratamientos contra el coronavirus.

Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, otro grupo comercial de la

industria farmacéutica, movilizó de manera similar a los cabilderos e instó a la administración Biden a oponerse a la solicitud de exención de patente. "La eliminación de las protecciones de PI socava nuestra respuesta global a la pandemia y compromete la seguridad", decía un anuncio de PhRMA que instaba a oponerse a la exención de patente.

Mientras tanto, Moderna ha capitalizado su posición como uno de los ganadores financieros de la pandemia. La compañía, que también utilizó las patentes gubernamentales de los Institutos Nacionales de Salud en el desarrollo de su vacuna contra el coronavirus, se ha catapultado en tamaño y ha ganado contratos multimillonarios.

Stéphane Bancel, director ejecutivo de la empresa, ha vendido más de 400 millones de dólares en acciones de la empresa desde el comienzo de la pandemia. A principios de este año, la junta de Moderna aprobó un paquete de compensación de "paracaídas dorado" para Bancel por un valor de más de \$ 926 millones si la empresa se vende o él sale de la empresa.

La vacuna, señaló Love de KEI, es "realmente uno de los productos biofarmacéuticos más rentables de todos los tiempos".

El acuerdo de la OMC se queda corto

En marzo de 2020, al reconocer la necesidad de una cooperación global rápida para responder a la pandemia, el presidente de Costa Rica, Carlos Alvarado Quesada, quien dejó el cargo a principios de este año, pidió esfuerzos especiales para compartir patentes y conocimientos a través de las fronteras para desarrollar medicamentos, vacunas, y pruebas diagnósticas.

Las discusiones se transformaron en una petición formal más tarde ese año por parte de una coalición liderada por India y Sudáfrica para una exención formal de la Organización Mundial del Comercio sobre

la aplicación de patentes y propiedad intelectual en una variedad de herramientas médicas y medicamentos utilizados para tratar Covid-19.

Instantáneamente, la industria farmacéutica, con aliados en países ricos, retrocedió, oponiéndose a cualquier levantamiento, incluso temporal, de las reglas de la OMC que rigen la aplicación de patentes y propiedad intelectual.

La disputa política sobre la solicitud a la OMC obstaculizó una respuesta global efectiva a la pandemia. Mientras los negociadores vacilaban, cientos de miles murieron sin acceso a vacunas o equipo de protección personal.

Moderna jugó de múltiples formas en la disputa. En 2020, Moderna se comprometió a no hacer cumplir las patentes de su vacuna durante la pandemia, una promesa que obtuvo reconocimiento internacional. Sin embargo, la compañía no respaldó explícitamente la exención de la OMC liderada por Sudáfrica e India, y sus cabilderos en BIO y otras organizaciones movilizaron una oposición agresiva a la campaña. Y, según diversas informaciones, la compañía se ha reservado el derecho de volver a hacer cumplir las patentes cuando la pandemia se vuelva endémica.

Y mientras tanto, Moderna ha solicitado amplias patentes de ARNm en Sudáfrica que los críticos temen que socaven el desarrollo de futuras vacunas. Si bien la compañía se comprometió a no hacer cumplir las patentes

en temas relacionados con el covid-19, las amplias patentes de ARNm pueden representar un obstáculo para copiar la fórmula de la vacuna de manera efectiva para emergencias y enfermedades existentes.

Más tarde, a principios de este año, después de hacer un movimiento sorpresa para respaldar la exención de la OMC, la administración Biden negoció una propuesta diluida para la exención solo en patentes de vacunas. Los defensores de la salud pública y los grupos de la industria criticaron el acuerdo para eximir a los sistemas terapéuticos y de diagnóstico, áreas donde la necesidad ahora es mayor.

“Esperaron el reloj. El momento de renunciar a las patentes fue en 2020, cuando se necesitan unos seis meses para tener una vacuna disponible”, señaló Love. Ahora, con suministros mundiales de vacunas casi suficientes, la necesidad en los países de bajos ingresos se centra en equipos de diagnóstico y medicamentos terapéuticos como Paxlovid de Pfizer, todos los cuales son más fáciles de copiar como genéricos que como vacunas nuevas, pero están exentos del acuerdo actual de la OMC. .

“Simplemente renunciar a las patentes de las vacunas no es suficiente. Pero si se usa para medicamentos, se puede obtener una versión genérica en los mercados en cuestión de meses. Es mucho más difícil para una vacuna genérica, que requiere una cooperación estrecha y una aprobación regulatoria prolongada”, agregó Love.

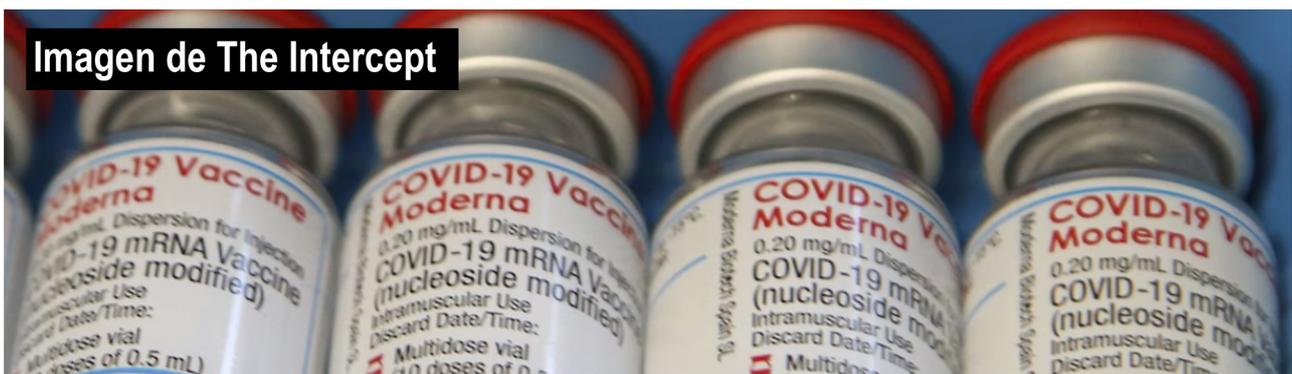


Imagen de The Intercept

OTRAS FUENTES

Puerto Rico tiene un grave problema farmacéutico

Julio López Varona.

The Nation. 19-08-2022, <https://www.thenation.com/article/economy/puerto-rico-big-pharma/> /

Este artículo describe los graves problemas ocasionados por las desgravaciones fiscales que el gobierno concede a la industria farmacéutica radicada en Puerto Rico y al mismo tiempo las duras condiciones de los trabajadores empleados en esas empresas farmacéuticas como J&J, Roche, Pfizer, Novartis y Merck.

En Puerto Rico, nuestros funcionarios electos nos han dicho durante décadas que un trabajo en la industria farmacéutica puede ser una fuente de estabilidad y salarios dignos. Pero para muchos puertorriqueños que trabajan para Big Pharma, eso es una fantasía.

La industria farmacéutica es uno de los sectores más grandes de la economía de Puerto Rico, y no es casualidad. El gobierno puertorriqueño otorga importantes exenciones fiscales a las empresas farmacéuticas para mantenerlas en el archipiélago, argumentando que las empresas farmacéuticas crearán empleos y enriquecerán a las comunidades.

Pero las exenciones tributarias tienen un gran costo para Puerto Rico. Entre 2017 y 2023, se espera que el gobierno de Puerto Rico le otorgue a su sector manufacturero, del cual la industria farmacéutica es un jugador importante, \$100.5 mil millones en exenciones de impuestos. A esto se suma el estimado de 140.000 millones de dólares que nueve de las principales compañías farmacéuticas esquivaron al utilizar paraísos fiscales extraterritoriales.

Esa es una gran cantidad de ingresos fiscales que de otro modo podrían invertirse en las comunidades de Puerto Rico, donde se necesitan con urgencia: más del 43 por ciento de la población vive en la pobreza y un tercio sufre inseguridad alimentaria. Como ejemplo, mientras escribo esto, muchas escuelas en el sistema de educación

pública no pueden abrir debido a la falta de recursos y personal. Muchas de esas escuelas atienden a los hijos de estos trabajadores.

Si bien esas exenciones fiscales lograron atraer a los fabricantes de productos farmacéuticos a Puerto Rico, no lograron generar una cantidad equivalente de oportunidades laborales y beneficios para los residentes. Las exenciones fiscales generaron directa e indirectamente solo unos 7.000 puestos de trabajo en un territorio con más de 3,3 millones de habitantes. Muchos de los trabajos farmacéuticos en la isla pagan salarios bajos y no brindan estabilidad.

Un nuevo informe basado en docenas de entrevistas y más de 100 conversaciones informales con personal de limpieza y seguridad en plantas farmacéuticas en Puerto Rico concluye que los trabajadores enfrentan salarios bajos, beneficios inadecuados y poca seguridad en el lugar de trabajo. Las personas que han trabajado en los mismos sitios farmacéuticos durante casi 30 años todavía ganan el salario mínimo y, para muchos, los beneficios siguen siendo inexistentes. Para algunos trabajadores, sus cheques de pago no son suficientes para cubrir los gastos de manutención, ya que los costos de alquiler y viaje al trabajo suman más que sus cheques de pago.

La explotación de los trabajadores es aún más marcada si se compara con las ganancias en auge de empresas como J&J, Roche, Pfizer, Novartis y Merck, y el salario de sus directores ejecutivos, que en promedio

ganan 20 millones de dólares al año. Esto es 1,131 veces lo que ganan sus trabajadores de menores ingresos en Puerto Rico. Está claro que las exenciones tributarias que ha recibido la industria farmacéutica están haciendo poco más que engordar las ganancias corporativas que nunca llegan a la mayoría de los trabajadores en Puerto Rico.

Una de las trabajadoras que entrevistamos para este informe, Kamila (un seudónimo), es una trabajadora madre de tres hijos que ha sido limpiadora de una compañía farmacéutica en Puerto Rico durante los últimos cinco años. A partir de las 5 a. m. todos los días, es responsable de limpiar un edificio completo que incluye tres laboratorios, áreas de conferencias, baños y oficinas. Ella ganaba \$7.25 la hora hasta este año cuando entró en vigencia la nueva ley de salario mínimo de \$8.50 en Puerto Rico. Después de ese pequeño aumento, sus horas se redujeron a 30 horas a la semana, como muchos otros trabajadores cuyas empresas redujeron drásticamente las horas en respuesta al aumento salarial. Los aproximadamente \$900 al mes que lleva a casa no son suficientes para cubrir sus gastos de manutención. Solo el alquiler es de \$600 y el costo creciente de la gasolina significa que tiene que pagar \$400 al mes para viajar los 45 minutos hasta la fábrica.

Las ganancias que obtienen estas compañías farmacéuticas muestran que no solo los recortes de horas son innecesarios, sino que los salarios de Kamila y otros trabajadores como ella pueden y deben ser mucho más altos. Es la codicia corporativa lo que lleva a estas prácticas y trato poco éticos a los empleados, trabajadores que están ayudando a proporcionar a nuestras comunidades medicamentos y suministros que salvan vidas en medio de una pandemia global. El hecho de que la industria farmacéutica se beneficie enormemente de estos trabajadores mientras pide obsequios al gobierno de Puerto Rico es el resultado de políticas profundamente racistas que se remontan a los días de las llamadas repúblicas bananeras.

Es hora de que las compañías farmacéuticas, que durante demasiado tiempo han visto a Puerto Rico como un lugar donde pueden obtener mano de obra barata y grandes recortes de impuestos, traten a los trabajadores que producen los medicamentos y suministros médicos vitales para el mundo con la dignidad que merecen.

Y es hora de que el gobierno puertorriqueño escuche las historias de los trabajadores y honre sus demandas de dignidad, seguridad y salarios justos.



OTRAS FUENTES

¿COVID-19, el olvido?

Rafael Marín Marín.

Rebelión, <https://rebellion.org/covid-19-el-olvido/>

Un artículo sencillo que desde México reflexiona sobre la pandemia, su origen, desarrollo y futuro.

15 de diciembre de 2019, antes de las fiestas navideñas en el mundo, un enemigo invisible y hasta ahora invencible, empezó a recorrer por tierra, aire y mar, cada centímetro cuadrado de territorios nacionales y por supuesto cada célula humana en el mundo.

Se trataba de la aparición de virus SARS-CoV-2 mejor conocido como COVID-19, aparecido por primera vez en la provincia de Wuhan China, a quien –en un principio nadie dio importancia- y se declaró pandemia mundial por la OMS allá por el 30 de enero de 2020.

Más de 45 días no fueron suficientes para que, en plena era científica y tecnológica, los gobiernos del mundo, sobre todo los de los países más avanzados e industrializados, advirtieran que un nuevo enemigo patógeno podría causar tanto daño y prácticamente parar las economías mundiales con desastrosas consecuencias en todos los orden, sobre todo la de vidas humanas, miles, millones al corte de este material.

Pocos recuerdan al doctor Li Wenliang, quien murió después de contraer COVID-19, al atender a sus pacientes, no sin antes alertar al gobierno chino y a la comunidad científica, que un virus nuevo parecido al SARS era más letal que éste, incluso el más letal en los últimos 100 años. Los primeros contagios –provenientes de un virus achacado a las condiciones de higiene de un mercado de venta de animales exóticos en Wuhan- pasaron de la China a otros países, por tierra y, a otros continentes por aire y luego mar, llegando al día de hoy a las

siguientes estadísticas según los estudios de la Universidad John Hopkins y publicados principalmente en medios como BBC-Mundo:

En el mundo, a dos años 8 meses (48 meses), igual a 1.680 días de aparecido Covid-19 en el mundo-, se han registrado 550 millones, 47 mil 165 casos de contagio, algo así como 327 mil 409 casos por día, 13 mil 642 por hora, 227 por minuto, 4 por segundo. Respecto a las muertes por COVID-19 – a dos años 8 meses (48 meses), igual a 1680 días de aparecido Covid-19 en el mundo- se han dado 6 millones 340 mil, 166 muertes, algo así como 3 mil 773 por día, 157 por hora, 3 por minuto, 1.5 cada 30 segundos.

En México el panorama no es tampoco nada alentador. Pasamos hace un año del cuarto lugar de contagios al segundo en menos de un año. Oficialmente hay 6 millones 93 mil 835 contagios, 3 mil 627 por día, 151 por hora, 2 cada segundo. En el caso de muertes por COVID-19, oficialmente hay 325.793; es decir 193 por día, 8 por hora, 1 cada 12 minutos.

Y resulta lamentable que a varios años casi tres, los gobiernos del mundo parece que no han aprendido la lección, porque el virus se ha propagado en diferentes manifestaciones y otro mal –viruela del mono- ataca las vidas economías internacionales, sobre todo, cancela posibilidades de vida ayudado por un sistema de salud endeble que se hace manifiesto en los países subdesarrollados del mundo incluido México.

Muertes por COVID-19 en México: oficialmente hay 325.793; es decir 193 por día, 8 por hora, 1 cada 12 minutos.

Imagen de Rebelión

Lejos se está de creer que el problema de la pandemia se va a resolver en el corto plazo, más bien sin ser catastrófico, se avecina una etapa negra en materia de prevención de salud, obscurecida por la inoperancia de las políticas públicas sanitarias, no estuvieron a la altura de Covid-19, pandemia que resulta la mayor catástrofe de los últimos 100 años, sobre todo porque irónicamente –dentro de la etapa de la ciencia y la tecnología- no supimos cómo prevenirla, como atenderla, como evitarla.

Existe incertidumbre mundial porque no sabemos si los gobiernos del mundo abdicaron de su responsabilidad constitucional y si ello implica una sanción jurídica, por lo que en cada país se debe hacer el balance respectivo y proceder en consecuencia.

Mientras este artículo se escribe, pasan segundos y minutos en el mundo, donde miles se contagian y cientos mueren. La pregunta obligada es: son o no responsables los gobiernos del mundo por no atender la pandemia con responsabilidad científica y en algunos casos solo con ocurrencias anti políticas?. Hay o habrá demandas contra esos estados o gobiernos por parte de los

deudos de los fallecidos a fin de que se den indemnizaciones por muerte a causa de omisión o acción indebida. Qué le diremos dentro de 20 años a las nuevas generaciones de personas huérfanas cuyos padres murieron teniendo ellos 2 o 3 años?. Son preguntas que en el mundo debemos hacernos, pero sobre todo, asumir con responsabilidad el reto que, a mayor cuidado mayor posibilidad de vida. Somos la generación de los “cubreboca”, quienes contaremos en el corto o menor plazo, que una pandemia puso a temblar al mundo y lo sigue haciendo. Cada quien debe asumir su responsabilidad o desvergüenza ante la historia. Gobiernos, políticos, presidentes, congresos, ministros, ciudadanos. Hay todavía COVID-19 para rato lamentablemente, pero una oportunidad tenemos. Aprender de nuestros errores para no volver a cometerlos. zorritobalam05@gmail.com

Rafael Marín Marín es secretario general del Frente Jurídico Nacional en Defensa de la Constitución y el Estado de Derecho y, Presidente de México Crítico. Agrupación Política Nacional.

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

ANTIBIOTIC INCENTIVES IN THE REVISION OF THE EU PHARMACEUTICAL LEGISLATION

JOINT POSITION PAPER

JULY 2022



This paper was drafted by EPHA and ReAct Europe, and reviewed by the Steering committee of the A2M Task Force (Association of European Cancer Leagues). Endorsing organizations are listed at the end of the paper.

 **epha** european public health alliance

Incentivos a los antibióticos en la revisión de la legislación farmacéutica de la UE

ALIANZA DE LA SALUD PÚBLICA EUROPEA (EPHA), Documento de posición conjunta, 14-07-2022, <https://epha.org/antibiotic-incentives-in-the-revision-of-the-eu-pharmaceutical-legislation/>

Este documento ha sido redactado por EPHA y ReAct Europe, y revisado por el comité directivo de la A2M Task Force (Asociación de Ligas Europeas contra el Cáncer) y firmado por la AAJM entre otras organizaciones patrocinadoras.

En su revisión actual de la legislación farmacéutica de la UE, la Comisión Europea

(CE) plantea abordar la creciente carga de resistencia a los antibióticos (RAM) mediante el establecimiento de incentivos para el desarrollo de nuevos antibióticos. Teniendo en cuenta que la falta de acceso a los antibióticos mata diez veces más personas que la resistencia a los antibióticos, el principal objetivo de la revisión debería ser facilitar el desarrollo de nuevos antibióticos de la manera más eficiente.

 european public health alliance

 **ReAct**
EUROPE

 **ECL** ACCESS TO MEDICINES TASK FORCE

 **eahp**
european association of hospital pharmacists

 **E-K-TIO1-ZW**

 **AAJM**
Asociación Acceso Justo al Medicamento

 ACCESS TO MEDICINES
AMI 2022
IRELAND

 **Prescrire.org**

 **HAI**
HEALTH ACTION INTERNATIONAL



Competencia en derecho y propiedad intelectual: un dibujo de estudio del caso Eli Lilly en ‘litigios falsos’ en Brasil

SOUTH CENTRE, Pablo Leurquin, 01-09-2022, https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/09/SV240_220826.pdf

Este informe aborda de forma muy esclarecedora los aspectos jurídicos de la propiedad intelectual y es muy oportuno, pues como el lector puede leer ,se relaciona muy bien con el artículo original de Angel María Martín y Soledad Cabezón que figura en este número.



Acceso a los medicamentos, las vacunas y otros productos sanitarios en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

NACIONES UNIDAS ASAMBLEA GENERAL. Consejo de Derechos Humanos 50º período de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, 13 de junio a 8 de julio de 2022 (Argentina, Brasil, China, Ecuador*, Egipto*, Eswatini*, India, Indonesia, Iraq*, Malasia, Namibia,

Nepal, Nigeria*, Paraguay, Perú*, Senegal, Sudáfrica*, Tailandia*, Türkiye*, Uruguay* y Yemen*: proyecto de resolución

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G22/402/24/PDF/G2240224.pdf?OpenElement>

Un documento interesante que enfatiza el valor de los medicamentos como derecho humano y la responsabilidad de los Estados en garantizar ese derecho.

Sin embargo lamentablemente solo plantea las flexibilidades de los ADPIC como herramientas para conseguir el objetivo de hacer factible el derecho humano a los medicamentos, sin abordar el papel clave de las patentes, aunque reconozcan el preocupante efecto de la propiedad intelectual sobre los precios.



Declaración de Health GAP sobre ViiV - Acuerdo de Licencia Voluntaria MPP para CAB-LA -

HEALTH GAP, Jessica Bassett, 28-07-2022 <https://healthgap.org/press/health-gap-statement-regarding-viiv-mpp-voluntary-licensing-agreement-for-cab-la/>

Las licencias voluntarias son una herramienta aceptable pero también un arma de doble filo que maneja con habilidad la industria farmacéutica . Es difícil oponerse a ellas, lo saben y por eso las usan, pero como señala el artículo es imposible que las multinacionales acepten de verdad que lleguen a Brasil, un mercado económicamente muy notable y de alto rendimiento económico para las empresas farmacéuticas.

nature

El plan radical para la equidad en vacunas.

Las organizaciones benéficas no pudieron proporcionar las vacunas adecuadas para el Sur global. Ahora 15 países están viendo si un modelo de ciencia abierta puede acabar con un peligroso legado de dependencia.

NATURE, Amy Maxmen, 13-07-2022, <https://www.nature.com/immersive/d41586-022-01898-3/index.html>

Este informe de Amy Maxmen publicado en Nature es de una oportunidad y claridad absolutamente estimable. Plantea como la raíz del problema de la inequidad "se encuentra en la dependencia de la buena voluntad limitada de los países, principalmente en el Norte global, donde se encuentran la mayoría de las grandes compañías farmacéuticas". El propio Director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, reconocía que: "La pandemia de COVID-19 ha demostrado que depender de unas pocas empresas para suministrar bienes públicos globales es limitante y peligroso".

El texto comenta el desarrollo de una iniciativa de una docena de países del Sur global apoyada por la OMS para desarrollar la capacidad de fabricación de vacunas y medicamentos en África, América del Sur, Asia y Europa del Este.

La base tecnológica y de conocimiento es una pequeña empresa de biotecnología en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Afrigen Biologics and Vaccines, vinculada a universidades sudafricanas y compañías farmacéuticas con sede en 15 países, incluidos Senegal, Argentina e Indonesia. Su objetivo: "hacer su propia vacuna eficaz de ARNm contra COVID-19, antes de

expandirse a otras enfermedades que son relevantes para sus regiones, ya sea VIH, Zika o sarampión."



El peaje mortal de la desigualdad. Un siglo de investigación ha demostrado cómo la pobreza y la discriminación generan enfermedades ¿Puede el COVID empujar a la ciencia para que finalmente aborde el problema?

NATURE, Amy Maxmen, 28-04-2022, <https://www.nature.com/immersive/d41586-021-00943-x/index.html>

Continuando con la línea de reflexión de la referencia anterior aquí de nuevo disponemos de un excelente informe, (disponible en castellano), donde Amy Maxmen realiza un riguroso análisis sobre la mortífera desigualdad en el abordaje de a Covid a nivel mundial. Los datos que aporta son reveladores de esta desigualdad y merecen sin duda una lectura detallada.



Amy Maxmen es una escritora científica y periodista que es reportera senior de Nature. Cubre evolución, medicina, política científica y científicos. Recibió el premio Victor Kohn a la excelente elaboración de informes por su cobertura del COVID-19. [https://](https://en.wikipedia.org/wiki/Amy_Maxmen)

en.wikipedia.org/wiki/Amy_Maxmen



Las revueltas del cólera

JACOBIN, Jack Chadwick, 08-09-2022, <https://jacobinlat.com/2022/09/08/las-revueltas-del-colera>

Una amena lectura histórica donde se destacan las revueltas sociales desencadenadas por la pandemia de cólera de 1827 a 1831 en Reino Unido y se comparan con la respuesta social mucho menor de la gran gripe de 1918

Journal of Health Politics, Policy and Law

Los pagos de la industria farmacéutica a los médicos son sobornos ¿Cómo deben responder las partes interesadas

JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND LAW, Aaron Mitchell - Ameet Sarpatwari - Peter B. Bach, 14-07-2022, <https://read.dukeupress.edu/jhppl/article/doi/10.1215/03616878-10041205/316045/Industry-Payments-to-Physicians-are-Kickbacks-How>

DOI: 10.1215/03616878-10041205

Este informe señala como los pagos de la industria farmacéutica a los médicos estadounidenses son habituales. Los autores manifiestan que "la evidencia reciente ha demostrado que la mayoría de los pagos influyen en las recetas médicas, lo que aumenta los costos de los medicamentos

recetados al aumentar el uso de medicamentos de marca y de bajo valor". Finalmente el texto propone una serie de acciones a llevar adelante por la industria, los proveedores, los reguladores y los pagadores, para disminuir el efecto que causan estos pagos a los médicos en el aumento de los costes sanitarios .

Sanidad se alía con la industria farmacéutica para evitar que los previos reales de los medicamentos sean públicos

CIVIO, 26-07-2022, https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/RP154_COVID-19-Vaccines-as-Global-Public-Goods_EN.pdf

Civio denuncia con este escrito la postura del Gobierno en contra de la resolución del Consejo de Transparencia que le obligaba a dar información sobre el precio real y las condiciones de financiación de Luxturna de Novartis, una terapia génica para la ceguera enormemente cara que alcanza los 800.000 euros por tratamiento y que financia el Sistema Nacional de Salud.

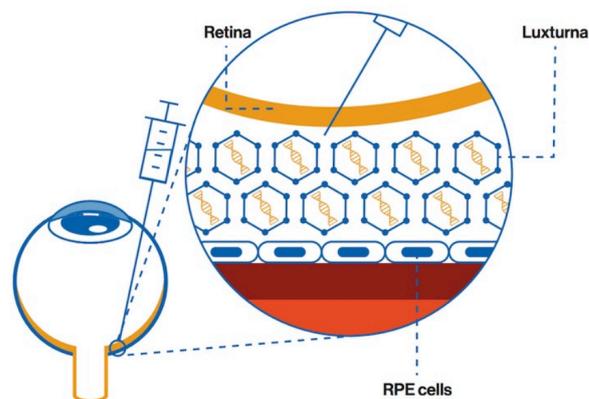


Imagen de <https://www.macula-retina.es/el-regreso-de-la-terapia-genica/>

IN MEMORIAM

Mi amigo Javier, nuestro amigo Javier Rey del Castillo**Ramón Gálvez.**

Médico neurólogo, coordinador de la Comisión de Redacción de la rAJM.

Es muy difícil escribir con serenidad sobre una persona que ha formado parte de tu vida, de tu camino. Intentaré, seguro que con torpeza, explicar, hablar con y de mi amigo Javier, de la experiencia de años, de las conversaciones dilatadas, del profundo respeto intelectual y del afecto personal, mantenidos durante un tiempo que ahora me parece injustamente corto.

La fuerza de su honradez, de su lealtad e inteligencia presente en mi memoria ayuda a sobrellevar la nostalgia de un amigo tan unido a mí propia experiencia. En estos recuerdos que no sólo no se han extinguido, sino que forman parte de mis pensamientos domina su imagen de hombre bueno en la acepción más clara del pensamiento clásico. Mantuvimos un contacto estrecho y continuado en el tiempo. Nuestras reuniones en su despacho del Ministerio y nuestras largas llamadas eran una fuente continua de conocimiento, datos e informaciones absolutamente valiosas y estimables para mi profesional y humanamente.

Mis primeros recuerdos se remontan a las huelgas de médicos internos y residentes de 1975 y 1978. Entonces, Javier era representante elegido como Vocal de médicos jóvenes en el Colegio de Médicos de Madrid. Desde esa posición, apoyaba efectivamente a la CEMIR (Coordinadora Estatal de Médicos y Residentes) en una lucha con un objetivo claro: transformar el modelo de formación médica con una meta y compromiso: proporcionar a las y los ciudadanos españoles un atención sanitaria universal, equitativa y de calidad en lo que entonces definíamos como un Servicio Nacional de Salud.

Ya desde entonces e inmediatamente después como Médico Adjunto de Cardiología en el Hospital La Paz, Javier aparecía con ideas y propuestas nuevas, siempre escritas, siempre elaboradas y rigurosas. Su compromiso con el sistema público le llevó a realizar las oposiciones a Médico Inspector de la Seguridad Social como una forma de reforzar una aproximación a la gestión pública sanitaria.

En ese trabajo constante para conseguir un cambio profundo en la atención sanitaria quiero destacar como asumió un reto duro y complejo en la Inspección General de la Dirección General de Servicios El desarrollo de la Ley de Incompatibilidades aprobada en diciembre de 1984 implicaba su aplicación, iniciada en abril de 1986, a unos 10.000 médicos con situaciones de incompatibilidad de actividades públicas.

Se trataba de conseguir que médicos que tenían dos, tres y hasta 4 puestos públicos tuvieran que elegir y trabajar tan sólo en uno de ellos. La reacción de una gran parte de los médicos afectados fue muy dura y desde los Colegios de Médicos se intentó bloquear la medida.

Javier de forma tranquila y valerosa fue capaz de resistir presiones, amenazas que desde los medios conservadores de la derecha se atizaban de forma continua para impedir una transformación necesaria del sistema sanitario que amenazaba sus prebendas.

Por ejemplo, el Colegio de Médicos de Madrid en noviembre de 1986 fue capaz de desarrollar una maniobra indigna,

consistente en abrir una información reservada previa a la apertura de expediente, sobre una denuncia hecha por algunos médicos del Sindicato de Beneficencia y Sanidad Municipal: "contra el médico funcionario de la Administración Pública Javier Rey del Castillo como responsable de aplicar la ley de Incompatibilidades a los médicos.

Como comentaba Javier en nuestras conversaciones era imposible que entendieran la necesidad de disponer de una organización de la atención sanitaria que permitiera la dedicación íntegra de los profesionales en el desempeño de un puesto de trabajo. También, su cierta tristeza por no haber ido más allá, consiguiendo una regulación más estricta de la compatibilidad entre medicina pública y ejercicio privado.

En 1991 fue nombrado director general de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales que posteriormente, en 1992, se transformó en Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales, donde desarrolló una labor notable hasta 1996, siempre con su enfoque de lograr un sistema nacional de salud de carácter universal y equitativo que garantizara una atención de calidad en cualquier autonomía con una coordinación y control desde el Estado central para garantizar la equidad.

En esos años, 1991-1996, desempeña la Secretaría del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) desde donde intenta impulsar mecanismos que permitieran su consolidación.

En este período, su capacidad de trabajo, reflexión y análisis se va a concretar en un extraordinario conjunto de publicaciones que continuarán a lo largo de toda su vida profesional. Su preocupación por la coordinación y organización del Sistema Nacional de Salud le llevó a publicar en 1998 el libro: "Descentralización de los servicios sanitarios, aspectos generales y análisis del caso español" en la Escuela

Andaluza de Salud Pública y el artículo "Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español" en la Revista de Salud Pública.

La llegada al Gobierno del Estado de la derecha conservadora situó su actividad profesional en la secretaría de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida del Ministerio de Sanidad. En este campo sus aportaciones fueron también singulares. En 2006, publica el trabajo: "La situación de la clonación humana en el ámbito internacional" en la Revista de Derecho y genoma humano, genética, biotecnología y medicina avanzada.

Su compromiso inquebrantable con la Sanidad Pública de este país le llevará a un esfuerzo incansable planteando en el debate político y sanitario sus ideas sobre cómo conseguir el desarrollo y mantenimiento del SNS. Cuando se analizan sus publicaciones y artículos queda clara la magnitud de su trabajo que incluía además el desarrollo y creación de escenarios de análisis donde elaborar propuestas en las que intervenían profesionales de diferentes campos.

En el año 2000 interviene en la Universidad Carlos III sobre "La organización de los servicios públicos sanitarios" donde desarrolla el tema "La organización territorial de los servicios públicos sanitarios". que completa con el artículo "La descentralización de los servicios sanitarios asistenciales" en Salud 2.000. Ese mismo año publica reflexiones sobre uno de sus temas clave en el futuro "Algunas notas para el diseño de los servicios públicos sanitarios en una España federal" donde ya aborda de forma nítida la necesidad de un diseño federal del SNS para garantizar su supervivencia.

Esta línea se amplía en 2001 y 2002 con su análisis del proceso de transferencias sanitarias y la financiación autonómica de los servicios sanitarios en textos como "Las transferencias sanitarias o por qué deberían

doblar ahora las campanas" y " El acuerdo sobre la financiación sanitaria ¿crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?" artículos que señalan la fuerte preocupación por la fragmentación del sistema y la desaparición de un sistema finalista para la financiación de la sanidad que permitiera su control.

En 2003 y dentro de su colaboración con la Fundación Alternativas publica el libro "Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español" donde continúa exponiendo sus propuestas para el SNS. En los años siguientes dedica comentarios a la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud, a los Servicios Regionales de Salud y se pregunta si éstos son realmente una garantía para una protección sanitaria universal.

Revisa junto con Pedro Rey Biel en 2006 la financiación sanitaria en el documento: "La financiación sanitaria autonómica un problema sin resolver" un tema clave que condiciona sin duda el futuro del SNS.

Su tesis doctoral en 2010 "Políticas sanitarias en España pasado, presente y futuro del sistema sanitario español un desarrollo específico de la medicina bajo el capitalismo" constituye un estudio exhaustivo de la situación del sistema sanitario español constituido como un servicio público de salud de protección universal por la Ley General de Sanidad de 1986.

Esta etapa culmina en 2011 con la publicación por la Fundación Alternativas de: "Una nueva ley general de sanidad para sostener el sistema nacional de salud" donde explica la necesidad urgente de revisar la LGS.

En abril de 2015, en el Laboratorio de Alternativas publica un documento de notable valor "Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España". En él, expone conceptos ,como los que está desarrollando la AAJM sobre la industria farmacéutica. Efectivamente,

comentando ideas de Mintzberg considera que la industria farmacéutica, es "capaz de imponer a los gobiernos de todos los Estados sus criterios en distintos aspectos, entre ellos el nivel de precios de sus productos, constituyéndose en el mejor ejemplo de esa capacidad de imposición sobre los criterios políticos de aquéllos".

En este mismo documento comenta, ya en 2015, la contradicción que supone la creación de una Agencia de Salud Pública cuando ya existe una con igual denominación en el Instituto de Salud Carlos III, separada de las estructuras del SNS o la creación de un NICE español cuando ya existen siete unidades similares en otras tantas CCAA, más una adscrita al Instituto Carlos III, Continúa su argumentación señalando: "son propuestas que, si lo que se ... pretende es dotar de capacidad ejecutiva a las decisiones de uno u otro organismo, si se llegasen a crear, resultan además directamente enfrentadas con el criterio sostenido por el Gobierno de que "la sanidad es competencia de las CCAA". ... criterio sin matices que ha derivado en la incapacidad efectiva de cualquier órgano de la Administración General del Estado para imponer cualquier clase de medidas o desarrollos a las CCAA".

En los años siguientes sigue trabajando y por ejemplo el diario El País en agosto de 2019 publica "Un Gobierno federal para la sanidad universal" donde con otros firmantes Pedro Sabando, Fernando Lamata y Ramón Galvez destaca como: "La insuficiente articulación autonómica de la sanidad genera desigualdades territoriales en el acceso a los servicios, desde los calendarios vacunales y la prescripción farmacéutica hasta las listas de espera".

En esta trayectoria pueden destacarse algunos rasgos característicos. En primer lugar, el enorme trabajo de análisis y recopilación de datos e informes. En segundo término el rigor en una línea mantenida en el tiempo con un compromiso decidido de consolidación de un SNS público, universal y equitativo en todo el territorio con una participación real y efectiva

del Gobierno en su evaluación y control. Finalmente su capacidad de liderar y comprometer en este esfuerzo a profesionales de diversas áreas.

Durante la pandemia COVID-19 sigue planteando sus ideas y desde la realidad del impacto terrible de la pandemia sobre el sistema sanitario propone en noviembre de 2020: "una ley pospandemia para la sanidad española" donde insiste, ahora desde los problemas y dificultades asistenciales originados por la pandemia en la necesidad de organizar el Sistema Nacional de Salud con una interpretación de competencias diferente.

Su último trabajo consistió en liderar un amplio grupo de profesionales de la sanidad, de la economía y el derecho, la " Plataforma por el Gobierno Federal de la Sanidad Universal" donde realizó una labor

extraordinaria para concluir un documento sólido: una Nueva Ley de Orientación Federal para la Sanidad Española tras la Pandemia" como un texto de referencia donde se analiza a lo largo de sus 135 páginas el impacto de la pandemia sobre los diferentes elementos que configuran la salud pública y la atención sanitaria, sus consecuencias y las propuestas de cambio para el futuro. Esta es la tarea en la que se encontraba pleno de esperanza en difundir y abrir en nuestro país un debate que pudiera conducir a la idea central de su vida conseguir consolidar un Sistema Nacional de Salud público, universal y equitativo.

Javier Rey del Castillo es pues mi amigo, nuestro amigo, cuya independencia, razón crítica, lealtad y esfuerzo han sido un estímulo constante. Su ejemplo de ciudadano comprometido con la idea de conseguir que todos los seres humanos sean iguales en dignidad y derechos es el mejor ejemplo.

Javier Rey del Castillo falleció el pasado 12 de julio de 2022. DEP.



Imagen de Sanitaria 2000



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