

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN solicitado

Nº. 1  
MARZO 2021

<https://accesojustomedicamento.org/>

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

## EDITORIAL

**Sí se puede.** Fernando Lamata Cotanda. 3

## ORIGINALES

**Covid19, momento para pasar de recomendar a legislar por la salud pública. La OMS y la Comisión Europea deben garantizar el acceso a los medicamentos.** Soledad Cabezón Ruiz. 7

**La transparencia en la investigación clínica: un asunto pendiente.** Eva Iráizoz. 11

**El precio inflacionario de los medicamentos.** Ángel Mª Martín Fernández-Gallardo . 14

**Pensamiento mágico, poder y valor del medicamento. El caso de la triaca.** Pablo Martínez Segura. 18

**Ética y medicamentos.** Javier Sánchez Caro. 23

## OTRAS FUENTES

**Especular con la vacuna: un crimen contra la humanidad.** José Antonio Martín Pallín. 26

**Coronashock y patriacado.** Instituto Tricontinental de Investigación Social. 29

**Concentración y corrupción con las vacunas.** Julio C. Gambina. 33

**INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS** 35

**PÍLDORAS AMARGAS** 36

**ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO**, revista editada por la Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM). *Publicación digital mensual*. Plaza de las Cortes 11. 4º. 28014 Madrid.

**Comisión Editorial:** Fernando Lamata Cotanda, (presidente), Eva Aguilera, Manuel Cabrero, Soledad Cabezón Ruiz, Alicia Delgado Gómez, Carmen Esbrí, Ramón Gálvez Zaloña, Eva Iráizoz, 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 Jaime Vidal.

**Comisión de Redacción:** Ramón Gálvez Zaloña (coordinador), Elena Arias Menéndez, Soledad Cabezón Ruiz, Gerardo Colás Madrid, Alicia Delgado Gómez, José Manuel Estrada Lorenzo, Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Pablo Martínez Segura, Jesús-Martino Sánchez Martínez y Serapio Severiano Peña.

**ISSN:** solicitado.

**Normas para autores:** ([PINCHE AQUÍ](#)).

Correspondencia: [comisionredaccionaajm@gmail.com](mailto:comisionredaccionaajm@gmail.com)

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

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

**Suscripciones.** ([PINCHE AQUÍ](#)). Al enviar sus datos personales se está dando de alta como suscriptor de la Revista ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO. La finalidad de los datos que le solicitamos es enviarle nuestra publicación por correo electrónico. Al enviarnos su solicitud da su consentimiento expreso para utilizar sus datos con esta finalidad. En todos los envíos de la publicación de nuevos números se dará la opción de darse de baja y que estos datos sean eliminados de nuestra base. Bajo ningún concepto estos datos serán compartidos con terceros. En todo momento, podrá ejercer sus derechos de rectificación, acceso, limitación o supresión mediante el Buzón [acesojustomedicamentos@gmail.com](mailto:acesojustomedicamentos@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 1. MARZO 2021.** [Histórico de revistas](#).

## ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

ISSN solicitado

<b>Nº 1 MARZO 2021</b> <a href="https://www.acesojustomedicamento.org">https://www.acesojustomedicamento.org</a>	<b>EDITORIAL</b> Si se puede. Fernando Lamata Cotanda.	3
	<b>ORIGINALES</b> Credentia: momento para pasar de recomendar a legislar por la salud pública. La OMS y la Comisión Europea deben garantizar el acceso a los medicamentos. Soledad Cabezón Ruiz.	7
	La transparencia en la investigación clínica: un asunto pendiente. Eva Iráizoz.	11
	El precio inflicionario de los medicamentos. Jorge IP Martín Fernández-Cabrero.	14
	Pensamiento médico, poder y valor del medicamento. El caso de la tiaca. Pablo Martínez Segura.	18
	Etica y medicamentos. Javier Sánchez Caro.	23
	<b>OTRAS FUENTES</b> Especial con la vacuna: un crimen contra la humanidad. José Antonio Martín Palán.	26
	Coronavirus y patriciado. Instituto Tecnológico de Investigación Social.	29
	Concentración y estigmatización con las vacunas. Julio C. Gentiola.	33
	<b>INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS</b>	35
	<b>PILDORAS AMARGAS</b>	36

## EDITORIAL

**Sí se puede****Fernando Lamata Cotanda.**

Doctor en Medicina, experto en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios, presidente del Consejo Editorial de la Revista AAJM.

Cuando decíamos que diez millones de personas mueren cada año por falta de acceso a los medicamentos, muy pocas personas prestaban atención. Cuando decíamos que las patentes y los monopolios en medicamentos “matan” porque, casi inevitablemente, se produce un abuso de posición dominante que sube los precios, suponiendo un sobre-gasto para los pacientes y sistemas de salud, y dificultando el acceso a medidas preventivas y curativas, muchos pensaban que exagerábamos. Cuando decíamos que había una alternativa viable, con un Convenio Internacional, que creara un Fondo Global para financiar la investigación, y garantizara la comercialización a precio de coste de medicamentos, separando así los precios de los costes de investigación y quitando la coartada para fijar precios abusivos, casi todos pensaban que era una utopía.

Entonces llegó el SARS-CoV-2. Vimos como en apenas unas semanas, el virus que había contagiado a los primeros humanos en Wuhan, llamaba a la puerta de nuestras casas en todo el mundo y el 11 de marzo de 2020, la OMS declaraba pandemia. La evolución de la COVID-19 podía ser grave en muchos casos y provocar la muerte. Muchos sistemas sanitarios se vieron colapsados. Muchos países tuvieron que ordenar confinamientos domiciliarios y restricciones importantes a la actividad económica y los contactos sociales. El impacto en disminución de empleo y de rentas a lo largo de 2020 ha sido tremendo.

Además de en las necesarias medidas de salud pública, de protección social y de reactivación económica, muchas esperanzas para superar la pandemia se depositaron en las vacunas. Aunque fragmentada, la respuesta de la comunidad científica ha sido extraordinaria. Con financiación mayoritariamente pública, se han desarrollado decenas de líneas de investigación y las primeras vacunas se comenzaron a administrar a finales de 2020. En los últimos días de enero, a raíz de retrasos en el programa de vacunación en diferentes países, hemos leído críticas a la Comisión Europea. Se dice que no se ha negociado bien, y que, como consecuencia, los programas de vacunación en la Unión van más retrasados que en EEUU o en Reino Unido. Sin embargo, yo pienso que este proceso ha mostrado muchas cosas positivas. Señalaré algunas.

-La Agencia Europea del Medicamento parece haber sido más rigurosa en sus análisis de la efectividad y la seguridad de las vacunas que la FDA o la agencia británica. Esto no es malo. Garantizar la seguridad de un medicamento es fundamental.

-En apenas tres meses la UE recaudó 16.000 millones de euros en un fondo COVID, para apoyar la investigación y desarrollo de distintas medidas. La UE y sus estados miembros (EEMM) han invertido más de 8.000 millones de euros en investigaciones de tecnologías y medicamentos frente a la COVID. Un “fondo global europeo”, que parecía imposible, está aquí.

-Los EEMM aceptaron que la Comisión negociara en nombre de los 27 para una compra conjunta. Esto es muy positivo. Imaginemos que hubiera negociado cada uno por su lado. Se han obtenido precios mejores que en EEUU o en RU, aunque, a pesar de ello, hayan sido por encima del coste de fabricación e investigación.

-La distribución de las vacunas entre los países ha sido por volumen de población. De manera que estamos recibiendo cada país un número de dosis proporcional, permitiendo aplicar unas prioridades de vacunación comunes: profesionales sanitarios, personas mayores en residencias, cuidadores, etc. Si no hubiera habido compra conjunta, la desigualdad de acceso hubiera sido inevitable, como lo es con el resto del mundo con menos ingresos.

-La Unión Europea y los EEMM han apoyado a las empresas adelantando dinero para el desarrollo de las vacunas, la instalación de capacidad de producción, la compra de materiales, etc. Más de 3.000 millones €. De esta forma ha habido una financiación pública de la investigación y fabricación de las vacunas que ha acelerado su disponibilidad, logrando que, en menos de un año desde el comienzo de la pandemia, estemos vacunando. Esto es muy positivo. El problema principal es que no se ha acompañado de la exigencia de la titularidad pública de los derechos de propiedad intelectual y de la garantía de licencias no exclusivas.

-En uno de los contratos, con Astra Zeneca, se establece un precio por coste. Es lo razonable y exigible, aunque parecía utópico. Sin embargo, faltaría la comprobación de los costes, el descuento de las ayudas públicas, y la garantía de que no se van a subir dentro de unos meses.

-Finalmente, transparencia. No la ha habido en las negociaciones, ni en los contratos, que son confidenciales por la exigencia de la industria. Pero, gracias a la presión social, hay tres que se han publicado, el de Curevac y el de Astra Zeneca, aunque con tachones y partes ocultas.

Como vemos, hay aspectos en la respuesta de la UE a la COVID muy positivos. También cabe señalar la resolución del Parlamento Europeo de 10 de julio 2020

que animaba a la Comisión a exigir, en todas sus convocatorias para financiación e inversión, que los productos finales tuvieran licencias no exclusivas, y a apoyar la iniciativa de la OMS “COVID-Technology Access Pool” (C-TAP) para que las empresas y países compartieran las licencias y patentes de tecnologías y medicamentos frente a la COVID. Pero, precisamente este tema, la exigencia de licencias no exclusivas, no se ha llevado a la práctica en las negociaciones de la Comisión con las empresas, dejándoles el monopolio. Y esto es lo que debe cambiar.

Al mantener las patentes y monopolios de la industria, son las empresas las que pueden fijar los precios, y exigir precios varias veces por encima de lo que han gastado en investigación y de lo que han gastado en fabricación. Ya ocurrió con Gilead y Remdesivir, que con un coste de 10 € cobra 2.100 €. En el caso de la vacuna de Pfizer un 1.700% más. Por otro lado, la empresa decide cuánto produce (capacidad de sus plantas y de las plantas con quienes decida subcontratar) y a quién distribuye primero (en función, seguramente, de quien pague más). Así, en las primeras semanas de vacunación hemos visto como Pfizer subía los precios de cada vial un 20% (aduciendo que se podían obtener 6 dosis en vez de 5 y que el precio pactado era por dosis, y obteniendo así una ganancia anual adicional de 3.120 millones de euros en su facturación global, por el mismo producto) y también reducía suministros. Y hemos visto cómo Astra Zeneca, que debía entregar a la UE 100 millones de dosis en el primer trimestre, reduce su envío a 40 millones de dosis, al parecer porque había derivado parte del producto a otros países (que quizá pagaban más por dosis). El enfado de la Comisión y los Gobiernos ha sido sonoro. El ministro belga de salud, Frank Vandenbroucke, dijo: “Ellos



tienen el monopolio, y nosotros somos totalmente dependientes”. Exacto. Pero el monopolio, señor ministro, se lo dan y se lo pueden quitar los gobiernos. Esta es la razón del excesivo poder de la industria para imponer sus condiciones, el monopolio. Por eso, el Presidente del Consejo Europeo, Charles Michel, en el calor del debate, escribió a los presidentes de Austria, República Checa, Dinamarca y Grecia el pasado 28 de enero: “...si no se encuentran soluciones satisfactorias...debemos explorar todas las opciones... incluyendo un posible recurso al artículo 122 del TFUE”. Según asesores jurídicos del Consejo este artículo permitiría “forzar a los fabricantes de vacunas a compartir sus patentes u otras licencias, permitiendo aumentar rápidamente la producción”. Lamentablemente no avanzó en esta dirección, pero, al menos, pensó en ello. A la vista de estas acciones llevadas a cabo por la Unión Europea y los países miembros, con aspectos muy positivos, pero con una carencia fundamental en el tema de las patentes, podemos insistir en nuestras propuestas, que hace apenas un año parecían utópicas:

-Crear y consolidar un Fondo Global para la financiación de investigación de medicamentos, mediante un Convenio Internacional. Este fondo permitiría fijar prioridades de investigación en función de necesidades de salud, desarrollar investigación abierta y cooperativa, y asegurar la transferencia de tecnología en todo el proceso y en los resultados finales.

-Eliminar los medicamentos y productos sanitarios del acuerdo sobre los ADPIC, prohibiendo el uso de patentes en medicamentos y vacunas.

-Crear y consolidar plataformas de ensayos clínicos no comerciales, que permitan desarrollar investigaciones independientes (como el ensayo Solidarity de la OMS sobre medicamentos COVID), menos expuestas a los sesgos de diseño, interpretación y

publicación que los patrocinados por empresas con ánimo de lucro.

-Crear y consolidar plataformas públicas para el desarrollo y, en su caso, fabricación de medicamentos y otras tecnologías, de ámbito nacional, europeo y mundial. La propuesta del Health Emergency Response Authority de la Comisión Europea puede ser un primer paso, pero debería ser una plataforma gobernada por los países, no por las empresas.

-Realizar contratos con empresas para desarrollo de medicamentos, vacunas y otros productos (“compra anticipada”), pero reservando para la institución pública la patente y los derechos de propiedad intelectual de todo el proceso (mientras no se prohíban), de tal manera que todos los productos tengan licencia no exclusiva y se vendan a precio de coste.

En tanto se avanza en un cambio de modelo global, en el momento presente de la pandemia, la Unión Europea y sus países miembros pueden hacer algo más. Pueden forzar a las empresas a liberar las patentes (expropiándolas / comprándolas), concediendo licencias no exclusivas para que las vacunas se puedan fabricar en todas las plantas acreditadas. Por ejemplo, en todas las plantas de la red fabricantes de vacunas de países en desarrollo (DCVMN) y en otros muchos. Si la capacidad utilizada hoy es de 10.000 millones de dosis anuales, se podría duplicar, o incluso triplicar, en pocos meses. De esta forma se permitiría vacunar a todas las personas en todos los países en un plazo más breve. Si no lo hacemos, podremos vacunarnos en los países ricos antes de que acabe 2021, pero en los países pobres solo se habrá vacunado un 10-20%. Además de la inmoralidad de esta decisión (mantener los monopolios de las patentes retrasando el acceso a las vacunas), la pandemia seguiría bloqueando la economía mundial, y las mutaciones del virus podrían resultar en variantes más agresivas, para las que las

actuales vacunas no protejan. Nadie estará a salvo mientras no estemos todos a salvo. Lo repite el Secretario General de Naciones Unidas y lo repite el Director General de la OMS: suprimamos las patentes durante la pandemia. Esta es la propuesta que llevan India, Sudáfrica y otros países a la Organización Mundial del Comercio (OMC). En febrero y marzo hay nuevas reuniones en la OMC. La UE y sus EEMM deberían aceptar esta propuesta. Y deberían forzar a las empresas a compartir toda la tecnología frente a la COVID en la C-TAP.

En la pandemia el tiempo son vidas. El retraso en el acceso a las vacunas son muertes que se podían haber evitado. Si suspendiéramos las patentes COVID podríamos vacunar a todo el planeta en un año. Si no lo hacemos, ¿quién será responsable de las muertes y la destrucción económica que cause esta enfermedad a partir de entonces? ¿No deberíamos calificar esas muertes de crimen contra la humanidad? De momento, a 3 de febrero, los países ricos tenemos contratadas 4 dosis de vacuna por persona para 2021. En los países pobres han contratado 1 vacuna para cada 10 personas. ¿Qué pasará si hace falta

otra dosis de refuerzo, o si algunas vacunas no funcionan? ¿Cuándo terminarían de vacunarse? Es preciso liberar toda la capacidad de producción mundial, y comercializar todas las vacunas de todas las empresas a precio de coste. No hacerlo así es un robo y un asesinato.

¿Y qué podemos hacer nosotros? Como hemos visto, la pandemia ha abierto algunos caminos que parecían imposibles, tanto en las Instituciones, como en el debate social y en medios de comunicación, pero hemos de consolidar esos cambios. Por eso un grupo de organizaciones de la sociedad civil impulsa la Iniciativa Ciudadana Europea “Right2Cure”, derecho a curar, no permitamos el lucro con la pandemia <https://noprofitonpandemic.eu/es/>. La Asociación por un Acceso Justo al Medicamento (AAJM) apoya la iniciativa. Necesitamos firmar un millón de europeos para que se apruebe. Esto sí podemos hacerlo. Por eso animamos a todos a que se sumen a esta iniciativa, para impulsar el cambio y lograr vacunas para todos, en todo el mundo. Hace un año decían que las propuestas de la AAJM eran imposibles, pero hoy estamos viendo que sí se puede.



## ORIGINALES

## Covid19, momento para pasar de recomendar a legislar por la salud pública. La OMS y la Comisión Europea deben garantizar el acceso a los medicamentos



### Soledad Cabezón Ruiz.

Médica, especialista en Cardiología. Diplomada en Alta Dirección de Instituciones Sociales. Diputada nacional 2008-2014. Diputada europea 2014-2018. Elabora el informe “Acceso a los medicamentos de la Unión Europea” para la Comisión de Medio Ambiente, Salud y Seguridad Alimentaria

El hecho de que en un mundo globalizado las enfermedades puedan propagarse rápidamente a través de los viajes y el comercio internacional ya no es una hipótesis; como tampoco lo es el que una pandemia como consecuencia de esta globalización pueda afectar nuestros modos de vida y economías en muchas partes del mundo.

En 2005, con el objetivo de ayudar a la comunidad internacional a prevenir y responder a potenciales riesgos de salud pública que crucen las fronteras y amenazar a las personas en todo el mundo, se pusieron en marcha las bases para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un acuerdo legal internacional vinculante para los Estados firmantes, 194 en todo el mundo, donde se incluyen todos los países miembros de la OMS. El RSI facilita la acción internacional coordinada, define los derechos y obligaciones de los países para informar eventos de salud pública a la OMS, exige que fortalezcan sus capacidades para la vigilancia y respuesta de salud pública y establece una serie de procedimientos que la OMS debe seguir en su trabajo para ayudar a mantener la seguridad de la salud pública <sup>(1)</sup>.

Desde su entrada en vigor en 2007, la pandemia por el virus Influenza A (H1N1) de 2009 fue la primera emergencia de salud pública de preocupación internacional que se

produjo, donde jugó un papel importante y cuyo informe de revisión se presentó en mayo de 2011 en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud, con el objetivo de prevenir y preparar futuras pandemias. Sin embargo, podríamos decir que la pandemia provocada por el virus Covid19 ha sorprendido al mundo entero, o más bien le ha cogido sin el trabajo hecho, lo que es coherente con una de las conclusiones del citado informe: “el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de influenza o a cualquier emergencia de salud pública global, sostenida y amenazante (...)” <sup>(2)</sup>.

Tampoco sorprende que, llegado el momento del descubrimiento de la ansiada vacuna para combatir el Covid19, su acceso no esté garantizado para todo el mundo, incluido para los países desarrollados donde puede suponer un reto presupuestario añadido a la ya abultada factura de esta crisis sanitaria.

Una vez más, aunque no sin oposición, comienzan a invocarse las flexibilidades de los Acuerdos sobre la propiedad intelectual por los que se rigen los países miembros de la Organización Mundial del Comercio, ADIPC <sup>(3)</sup>, para garantizar el derecho universal a la protección de la salud mediante el acceso a los medicamentos. Entre estas flexibilidades se encuentran las licencias obligatorias, los acuerdos de compra pública o la transferencia tecnológica, especialmente

hacia países en desarrollo. Sin embargo, los ejemplos de su incorporación a las legislaciones nacionales, implementación y uso de las mismas son anecdóticos o ausentes desde que se introdujesen estas reglas sobre propiedad intelectual en 1995 a través de la Organización Mundial del Comercio; ni si quiera tras la Declaración de Doha <sup>(4)</sup> de 2001 y la decisión de 2003 <sup>(5)</sup>, que vienen a ratificar que estos acuerdos no impiden ni deben impedir que los Estados Miembros adopten las medidas para proteger la salud pública.

La escasa capacidad de enfrentarse a la industria farmacéutica por parte de los Estados Miembros de forma aislada, ayudada en muchas ocasiones por otros Estados, especialmente EEUU ha sido una de las principales causas de esta falta de implementación. Todo ello se ha producido a pesar de las múltiples resoluciones sobre propiedad intelectual y acceso a los medicamentos adoptadas en el seno de la OMS <sup>(6)</sup>. Especialmente importante en este sentido es la 61ª Asamblea Mundial de la Salud que en su resolución recoge la “Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual” <sup>(7)</sup>.

En lo que respecta al acceso a los medicamentos, incluidas las vacunas, ante futuras pandemias, las resoluciones de la OMS, las recomendaciones y llamamientos son expresos. En 2007, la 60ª Asamblea Mundial de la Salud <sup>(8)</sup>, recordando las resoluciones de 5 y 2 de las 58ª y 59ª Asambleas, respectivamente, que expresaron preocupación por el potencial de la cepa H5N1 de Influenza virus, presenta la resolución 28 sobre la “Preparación de una futura Pandemia por Influenza: intercambio de información sobre los virus Influenza y acceso a las vacunas y otros beneficios”, se recoge expresamente “que los derechos de propiedad intelectual no impiden ni deben impedir que los Estados miembros tomen medidas para proteger la salud pública”. En esta línea las recomendaciones recogidas piden que se garantice el acceso justo y equitativo a los beneficios de la investigación, en

**“La escasa capacidad de enfrentarse a la industria farmacéutica por parte de los Estados Miembros de forma aislada, ayudada en muchas ocasiones por otros Estados, especialmente EEUU ha sido una de las principales causas de esta falta de implementación”**

*concreto de los métodos diagnósticos y tratamientos, incluidas las vacunas. En el punto d) solicita que “en tiempos de emergencias de salud pública de importancia internacional, acceso total de todos los fabricantes de vacunas contra la influenza a los virus de la vacuna contra la influenza pandémica desarrollados por los centros colaboradores de la OMS para la producción de vacunas contra la influenza pandémica” y en el punto 3) urge “formular mecanismos y directrices, en estrecha*



*consulta con los Estados miembros, con el objetivo de garantizar una distribución justa y equitativa de las vacunas contra la gripe pandémica a precios asequibles en caso de una pandemia, a fin de garantizar la disponibilidad oportuna de dichas vacunas a los Estados miembros en necesidad”.*

En el informe de revisión, anteriormente mencionado, sobre la experiencia adquirida en la respuesta global a la pandemia de influenza A (H1N1) de 2009 con el objetivo, entre otros, de preparar la respuesta ante futuras pandemias, presentado en la 64<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de 2011 <sup>(2)</sup>, además de hacer referencia a la 60<sup>a</sup> Asamblea en lo referente a los derechos de PI y el acceso a los medicamentos, se recomienda “Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas” y “Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios”, así como se establecen las directrices que deben dirigir la transferencia tecnológica, no debiéndose aplicar los derechos de propiedad intelectual dentro del sistema mundial de la OMS de vigilancia y respuesta a la gripe y se hacen oportunas recomendaciones para el sector ajeno a esta red para garantizar el acceso a los medicamentos ante este tipo de pandemias.

Sin embargo, a pesar de la prolija lista de resoluciones enfocadas a garantizar el acceso a los medicamentos, señalando el precio como uno de los impedimentos, la necesidad de dirigir las prioridades hacia las necesidades clínicas y un reiterado llamamiento a implementar los contenidos de las flexibilidades de los TRIPS, los progresos han sido imperceptibles.

En mayo de 2012, los Estados Miembros de la OMS, reunidos en la 65<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, adoptaron la resolución 22 entre cuyas recomendaciones se daba un primer paso hacia un cambio en el modelo actual de I + D farmacéutico con la premisa de que el mercado no puede ser el único motor de I + D y se recomendó la

negociación de una convención internacional en la que todos los países se comprometían a promoción I + D <sup>(9)</sup>.

A finales de 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas estableció un Panel de alto nivel sobre acceso a medicamentos donde el grupo de expertos señaló la incoherencia entre los derechos de los inventores, la legislación internacional de derechos humanos, el registro comercial y la salud pública <sup>(10)</sup>. Igualmente, cabe resaltar la resolución del Consejo de Ministros de Salud de la UE celebrada en junio de 2006 en Amsterdam donde se reconocía el “fallo del mercado farmacéutico” incapaz de garantizar el acceso a los medicamentos, especialmente a los innovadores y solicitaba un reequilibrio <sup>(11)</sup>.

El Parlamento Europeo, en 2017, elaboró el informe sobre “Medidas para mejorar el acceso a los medicamentos en la UE” <sup>(12)</sup> en el que se considera los medicamentos como bienes públicos a garantizar y entre otras medidas, se apuntaba la necesidad de un marco europeo que permita implementar las flexibilidades de los TRIPS en todos los países miembros, que garantice su puesta en marcha en el caso de ser necesario, la compra pública a nivel europeo como en el caso de la pandemia por el virus Influenza A o el fomento, el fomento y cooperación en I+D pública o garantizar el retorno de la inversión pública en I+D mediante criterios de accesibilidad.

Ante la actual situación de pandemia no es excusable posponer más el momento de regular y reequilibrar el funcionamiento del sistema del medicamento, para lo que se precisa de concreción y eficacia, de compromiso. Un comienzo puede ser el uso por parte de la OMS de su capacidad de legislar ante una amenaza global como esta, conociendo los infructuosos antecedentes expuestos y la existencia de fundamentos legales que lo permiten, la OMS debe pasar de la adopción de guías voluntarias y recomendaciones a legislar. Es el momento de

desarrollar y usar la legislación internacional en salud para abordar una emergencia global como ésta de acuerdo con el artículo 19 de la Constitución de la OMS para hacer efectivo el Derecho Universal de acceso a la Salud como ya se hizo en el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco <sup>(13)</sup>.

A su vez, las instituciones europeas, el Parlamento Europeo, donde está representada la ciudadanía europea, debe ir dando paso a un real y equitativa respuesta a esta pandemia desde el punto de vista sanitario, que no puede ser de otra manera que garantizando el acceso a la futura vacuna y/o tratamiento en todo el mundo. EL Parlamento Europeo debe instar no sólo a la OMS a desarrollar su capacidad legislativa, sino también instar a la Comisión Europea a que, dentro de sus competencias, adopte las medidas necesarias legislativas para un verdadero e inaplazable reequilibrio del funcionamiento del sistema del medicamento, empezando por preparar n marco general de implementación de las flexibilidades de los TRIPS en toda la UE y revisar el sistema de comprar pública conjunta a nivel europeo sobre la que, hasta ahora, ha habido tanta reticencia a usar por los Estados Miembros.

Son muchas las lecciones que dejará esta crisis sanitaria, pero desde luego es incuestionable que una de ellas es la necesidad de políticas claras de salud pública que protejan a la ciudadanía. La respuesta europea contra el Covid19 debe ser en términos económicos, pero también sanitarios.

## REFERENCIAS

- 1.) Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005). <https://www.who.int/ihr/about/en/>
- 2.) WHA64/2011/REC/1. [https://apps.who.int/gb/e/e\\_wha64.html](https://apps.who.int/gb/e/e_wha64.html)
- 3.) Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (1994). [https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/trips\\_s/t\\_agm0\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/t_agm0_s.htm)
- 4.) The Doha Declaration on the TRIPS agreement and public health (2001). (WT/MIN(01)/DEC/2) [https://www.who.int/medicines/areas/policy/doha\\_declaration/en/](https://www.who.int/medicines/areas/policy/doha_declaration/en/)
- 5.) Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health. WT/L/540 and Corr.1. [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/implem\\_para6\\_e.htm](https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm)
- 6.) Promover el acceso a las tecnologías médicas y la innovación (2013). ISBN: 978-92-435-0487-2 (OMS)
- 7.) WHA 61.21. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (2008).
- 8.) WHA60.28 Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits (2005).
- 9.) WHO Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination, (CEWG) <https://www.who.int/phi/cewg/en/>.
- 10.) UN Secretary General High-Level Panel on Access to Medicines, NY, 2015, <http://www.unsgaccessmeds.org>.
- 11.) Conclusiones del Consejo sobre el refuerzo del equilibrio de los sistemas farmacéuticos en la UE y sus Estados miembros. <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2016/06/17/epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>
- 12.) Resolución del Parlamento Europeo, de 2 de marzo de 2017, sobre las opciones de la Unión para mejorar el acceso a los medicamentos (2016/2057(INI)). [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0061\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0061_ES.html)
- 13.) Vera Luiza da Costa e Silva, Head of the WHO/FCTC, opening remarks at the COP8, Geneva 2018. <https://mail.google.com/mail/u/0/?hl=fr&shva=1#inbox/CllgCHrjDvTXPfrprgwhmhRPfgVJcWcLT>



## La transparencia en la investigación clínica: un asunto pendiente



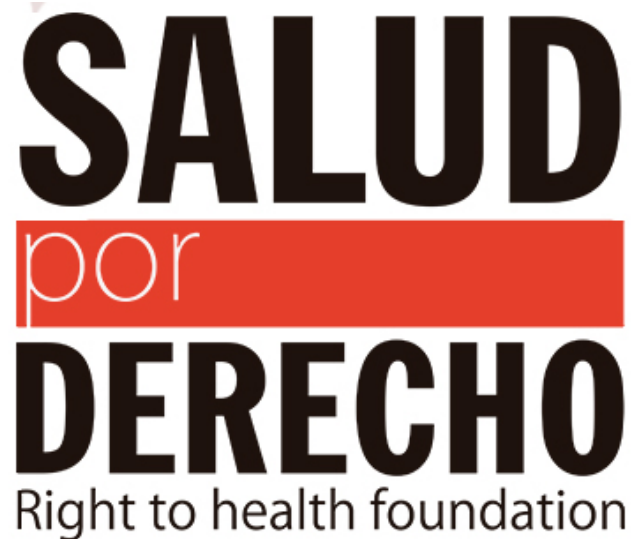
### Eva Iráizoz.

Licenciada en Farmacia y especialista en Salud Global. Desde 2017 forma parte del equipo de Salud por Derecho como *advocacy officer* en el área de acceso a medicamentos y en la campaña No es Sano

La investigación clínica es el núcleo central del desarrollo de nuevos medicamentos. En medio de la pandemia de la COVID-19, vemos cómo los ensayos de las vacunas y los tratamientos para combatir el virus forman parte de los titulares diarios y tenemos más presente que nunca que conocer los resultados de esas investigaciones no solo es fundamental para determinar su eficacia y seguridad, sino que además refuerza la confianza de la ciudadanía en las vacunas y medicamentos que vayan llegando.

Los ensayos clínicos en humanos permiten generar evidencias sólidas de forma sistemática y metódica y son el paso decisivo en la investigación y el desarrollo (I+D) de nuevas terapias y vacunas. Los resultados y los datos que de ellos se desprenden sustentan las decisiones de autorización de los nuevos medicamentos o de nuevos usos para fármacos existentes y permiten ejercer la farmacovigilancia una vez se han comercializado.

Además, estos resultados sientan las bases de las decisiones de aprobación y financiación de un fármaco a nivel nacional. Es decir, en el caso de nuestro Sistema Nacional de Salud, definen si un medicamento estará disponible y será cubierto por el sistema público para las personas que lo necesiten. Igualmente, sirven para la definición de protocolos y para la toma de decisiones clínicas diarias que afectan también, en última instancia, al paciente. Al mismo tiempo, esta fase de la investigación de



nuevos fármacos concentra una gran cantidad de recursos económicos e implica a numerosos actores, entre ellos, las personas voluntarias que, de manera altruista, participan en favor del avance científico. Por todo ello, debe garantizarse que la investigación clínica se desarrolle en un contexto de exquisita calidad ética y científica, garantizando máxima transparencia y que la información relevante y los resultados de los ensayos se hagan públicos en los registros habilitados para esta función.

Desde hace dos décadas, en Europa y a nivel global se han ido sucediendo importantes regulaciones que reconocen el valor de la transparencia en la investigación clínica y el derecho de la ciudadanía a acceder a los ensayos y a sus resultados. Los registros de ensayos clínicos nacionales e internacionales

surgieron como herramienta para hacer efectivo este derecho y se estableció la obligatoriedad de hacer públicos los resultados de todos los ensayos clínicos finalizados. En Europa, la regulación recoge que esta información debe publicarse en el registro europeo (EU CTR) (1) en un plazo de 12 meses desde la finalización del ensayo. La misma obligación aplica en España para la publicación en el Registro Español de Estudios Clínicos (REec) (2).

Tener acceso a los resultados de los ensayos no solo responde a un ejercicio fundamental de transparencia y rendición de cuentas, sino que tiene un sinfín de ventajas para el personal investigador y sanitario, para los pacientes y para la sociedad en general. De esta manera, el conocimiento está accesible en plataformas abiertas y gratuitas – los registros–, donde se presenta la información de manera ordenada y localizable. Todo ello, facilita que se pueda compartir el conocimiento entre los investigadores, favoreciendo la coordinación y la coherencia de la investigación y, en consecuencia, un mejor avance de la ciencia.

Toda investigación que no ve la luz es investigación perdida. No pueden guardarse en un cajón los resultados negativos o que no hayan cumplido los objetivos deseados. Esta información es muy valiosa. Conocer los resultados, tanto positivos como negativos, de una investigación evita duplicar esfuerzos, promueve la eficiencia y evita el malgasto de recursos.

Sin embargo, durante años, se viene alertando sobre la falta de transparencia en lo relativo a la publicación de los resultados los ensayos clínicos y cómo esta opacidad puede sesgar el conocimiento y distorsionar la evidencia disponible.

En un estudio reciente (3), elaborado por Salud por Derecho junto a las organizaciones europeas TranspariMED y UAEM,

analizamos el cumplimiento por parte de los promotores españoles con la publicación de resultados. Algunos datos son preocupantes: más del 40% del total de los ensayos clínicos promovidos por centros de investigación españoles no tienen publicados sus resultados en el registro europeo. Además, observamos inconsistencias y errores en los datos que no permiten obtener información fiable ni precisa y dan una idea del abandono de esta tarea por parte de promotores y reguladores.

Las conclusiones fueron similares en un análisis del registro español (REec) (4) que realizamos previamente en Salud por Derecho. En este análisis, que incluía todos los ensayos clínicos registrados en España en ese momento (tanto de promotores españoles, como extranjeros, públicos y privados), observamos que un 20% de los ensayos finalizados hace más de 12 meses no tenían sus resultados publicados en el registro nacional. Además, era frecuente encontrar registros incompletos y ausencia de información relevante. Por ejemplo, un 20% del total no indicaban la intervención ni el principio activo de estudio y en el 70% de los ensayos terminados no aparecía su fecha de finalización. Esto último hizo imposible determinar el cumplimiento de estos ensayos con la publicación de resultados.

#### Hacia una mayor transparencia que sanee el modelo de I+D

La falta de transparencia en la investigación clínica no es un problema circunscrito a España, sino que se da en muchos países europeos y en todo el mundo. Asimismo, la solución pasa por involucrar a todos los actores implicados en el proceso: investigadores, centros de I+D, financiadores y, como responsables finales, las agencias reguladoras.

En el caso de España, los promotores de los ensayos deben subsanar las deficiencias, publicar todos los resultados pendientes y dar pasos hacia un mejor reporte de la información. Frecuentemente, los centros de investigación declaran tener dificultades y muy pocos recursos para hacer frente a un registro correcto de sus ensayos y a la publicación de los resultados. A pesar de los obstáculos, nos consta que muchos centros de investigación ya están dando pasos y se han comprometido para seguir avanzando en este sentido.

Las instituciones financiadoras e investigadoras, como el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), también son otro actor relevante que podría tener un papel diferenciador en todo esto, por ejemplo, firmando la Declaración Conjunta de la OMS sobre ensayos clínicos (5) e incluyendo la transparencia como condición esencial a la hora de otorgar las subvenciones a los promotores para la realización de ensayos.

Por último, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es la responsable final de garantizar la transparencia y tiene la obligación de rendir cuentas al respecto. La AEMPS debe hacer un mayor seguimiento, poner en marcha los mecanismos de control necesarios y sancionar a los promotores cuando proceda por incumplimientos reiterados. Para ello, debe asegurar previamente que los promotores de los ensayos cuentan con las ayudas técnicas y los recursos necesarios para el desempeño de estas labores y dar a conocer la normativa con formación y apoyo continuo. En definitiva, es urgente que España se adapte al nuevo contexto regulatorio europeo (6) que exige un mayor seguimiento y supervisión de los ensayos

clínicos en términos de transparencia y publicidad por parte de las Autoridades Nacionales Competentes.

La pandemia de la COVID-19 nos ha recordado la importancia de tener en marcha una red investigadora transparente y de calidad, que atienda las necesidades reales de la población y que sea capaz de adelantarse y responder ante desafíos globales. Ha puesto de manifiesto el valor del trabajo en red, de la investigación coordinada y abierta, y de que se compartan los avances y los resultados para caminar más rápido y mejor hacia un objetivo común. Nos recuerda también que el sector público es un motor de la innovación y que, por tanto, las inversiones públicas tienen que retornar a la ciudadanía con una adecuada rendición de cuentas y en forma de medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias accesibles y al alcance de todos y todas.

No hay que olvidar, en definitiva, que la falta de transparencia en lo relativo a los ensayos clínicos es una pieza más del engranaje opaco que rodea a todo el sistema de innovación y desarrollo de medicamentos. Una apuesta decidida y real por la transparencia debe ir más allá de avances técnicos, trascender a todo el modelo de innovación e impregnar la política farmacéutica nacional, europea e internacional, ahora y siempre.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.) Agencia Europea del Medicamento (EMA). EU Clinical Trials Register [Internet]. Disponible en: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/>
- 2.) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). REEC - Registro Español de Estudios Clínicos [Internet]. Disponible en: <https://reec.aemps.es/reec/public/web.html>
- 3.) Bernal I, Bruckner T, Romero I, Iráizoz E. Los ensayos clínicos en España. Transparencia y agenda de investigación en

COVID-19 [Internet]. 2020 dic. Disponible en: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/12/EECC-en-España-ES-1.pdf>

4.) Bernal I, Iráizoz E. La investigación clínica en España: un perfil de los ensayos clínicos a través de su registro [Internet]. 2020 jun. Disponible en: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/06/EECC-SaludporDerecho-ES.pdf>

5.) Organización Mundial de la Salud (OMS). Joint statement on public disclosure of results from clinical trials [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ictrp/>

[results/ICTRP\\_JointStatement\\_2017.pdf?ua=1](https://www.who.int/ictrp/results/ICTRP_JointStatement_2017.pdf?ua=1)

6.) Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC Text with EEA relevance [Internet]. Official Journal of the European Union European Parliament, Council of the European Union; 2014 p. 1-76. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0536>

## El precio inflacionario de los medicamentos

**Ángel M<sup>a</sup> Martín Fernández-Gallardo.**

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



*RESUMEN. El precio de los medicamentos está intervenido por el Estado <sup>(1)</sup>. Los financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) están sometidos a un sistema de precio autorizado, contradictorio en su regulación, ambiguo en su desarrollo, poco transparente en la motivación de sus decisiones, que reniega de valorar los costes de producción e investigación y cuyo resultado es doblemente preocupante, convirtiendo el precio de cada nuevo medicamento financiado, en un precio inflacionario que golpea la sostenibilidad del SNS y cada nuevo medicamento o indicación terapéutica no financiado, en un artículo de lujo sólo al alcance de quienes lo pueden pagar.*

### El marco legislativo de fijación de precios en España

La fijación del precio de los medicamentos en España está regulada por dos normas en vigor

que tienen un nivel de concreción y metodologías muy opuestas. Una muy meticulosa para la fijación de precios de las especialidades de nueva comercialización, establece que el cálculo debe hacerse mediante la aplicación analítica del «coste completo» <sup>(2)</sup> y la otra muy ambigua para la fijación de los precios de financiación, establece que la decisión sea motivada y conforme a criterios objetivos <sup>(3)</sup> entre los que con posterioridad se incluyó el tener en cuenta también los precios de los medicamentos en los Estados miembros de la Unión Europea <sup>(4)</sup>.

### Modelo estándar y modelo inflacionario

En cosmología el modelo estándar describe el universo observable, pero no es válido para su primer segundo de vida. Lo que sucedió en esos primeros instantes lo describe el modelo del universo inflacionario, según el cual, su

diámetro tuvo una inflación o expansión extraordinariamente rápida y aumentó en un factor de  $10^{50}$  sobre lo previsto por el modelo estándar <sup>(5)</sup>.

Para describir el precio de los medicamentos en España también existe un modelo estándar según el cual su precio se fija sumando los costes, incluyendo los de investigación y desarrollo y añadiendo un margen de beneficio empresarial <sup>(2)</sup>. Pero miremos el medicamento que miremos, observamos que el precio no se explica por el modelo estándar, sino que se otorga con una inflación extraordinaria sobre su precio de coste, de 10 a 100 veces en los medicamentos genéricos, y pudiendo llegar a aumentos en un factor de  $10^5$  para los medicamentos innovadores.

Análogamente al universo cosmológico, el modelo que mejor explica los precios de los nuevos medicamentos que se financian <sup>(3)</sup> es el modelo de precio inflacionario, que describe la inflación extraordinaria del margen de beneficio empresarial que tiene lugar en el momento que se autoriza, por el desequilibrio entre el coste real de fabricación, investigación y desarrollo del medicamento y el precio que se le otorga.

### **El precio inflacionario de los medicamentos genéricos**

Cuando caduca la patente que protege al medicamento innovador se puede comercializar el genérico (o biosimilar), cuyo precio debe ser autorizado por la Comisión Interministerial de Precios (CIMP). La primera vez que se fija precio para un medicamento genérico se hace aplicando un porcentaje de reducción sobre el precio que tiene autorizado en ese momento el innovador y se confía que posteriormente, la competencia y la aplicación del sistema de

precios de referencia (SPR) <sup>(6)</sup> bajen progresivamente el precio hasta aproximarlos a los costes reales de fabricación. Pero la realidad es otra:

La memantina se autorizó en España en 2003 para tratar el Alzheimer y desde 2013 están comercializados los medicamentos genéricos.

El precio inflacionario autorizado para el medicamento innovador fue de 154,77€ para los envases de Memantina 10 mg/112 comprimidos y 20 mg/56 comprimidos. En julio de 2013 se fijó en 92,54€ el precio inflacionario de los genéricos, reduciendo un 40% el del innovador y desde entonces su precio no ha variado, es inmune a la competencia y al SPR pese a que hay 20 laboratorios que la comercializan.

Para estimar la magnitud del precio inflacionario autorizado, basten dos referencias:

Con el coste de la materia prima: La memantina <sup>(7)</sup> tiene un coste en torno a 0,255 €/gr, por lo que los 1,112 gr que contiene cada envase de comprimidos en nuestro país, cuestan unos 0,25€. Es decir, su precio inflacionario es 40 veces el coste del principio activo.

Con el precio pagado en el Reino Unido: Según datos de eMIT <sup>(8)</sup> el NHS pagó de promedio 3,12€ por un envase 20 mg/28 tabletas de memantina en 2019. Es decir, su precio inflacionario es 15 veces superior a ese pagado por el NHS.

Desde 2013 se puede estimar que nuestro SNS ha pagado unos 600 millones de euros por este medicamento <sup>(9)</sup>. Tomando como referencia el dato del Reino Unido, el precio inflacionario de la memantina ha tenido un impacto negativo para el SNS de 560 millones de euros en este periodo.



**“Pero el precio inflacionario de los medicamentos innovadores no es una característica exclusiva de nuestro país sino una auténtica “pandemia” mundial, que se propaga amparada por el escudo de las patentes y la pasividad de los reguladores”**

### **El precio inflacionario de los medicamentos innovadores**

Cuando se comercializa un medicamento innovador, para ser financiado por el SNS su precio debe ser fijado por la CIMP <sup>(10)</sup>. Para ello aplica diferentes criterios según una casuística que puede ser muy variada. Por simplificar sirvan cuatro supuestos: que existan otros medicamentos con el mismo principio activo; que existan otros principios activos ya autorizados para la misma indicación terapéutica; que sea un medicamento nuevo para una nueva indicación terapéutica; o que sea un medicamento huérfano. Es fácil intuir que la dimensión del precio inflacionario que consigue el laboratorio, tras el proceso de tira y afloja al que se somete ese precio durante el procedimiento, sea diferente en cada caso.

Pero el precio inflacionario de los medicamentos innovadores no es una característica exclusiva de nuestro país sino una auténtica “pandemia” mundial, que se propaga amparada por el escudo de las patentes y la pasividad de los reguladores. Y como muestra un botón:

El ácido quenodesoxicólico estuvo autorizado en España hasta 2008 a un precio de 4,46€/

envase de 48 cápsulas. En 2017 se vuelve a comercializar en Europa como medicamento huérfano para una nueva indicación a un precio inflacionario de 14.618 €/envase de 100 cápsulas.

El coste de la materia prima <sup>(11)</sup> está en torno a 0,025 €/envase de 100 cápsulas. Es decir que este medicamento tiene un precio inflacionario de 10<sup>5</sup> veces el coste del principio activo.

En España no se ha financiado por ser “un medicamento clásico para el que no se ha justificado el precio propuesto”, pero los pacientes con Xantomatosis Cerebrotendinosa que se traten con este medicamento lo serán a ese precio inflacionario. <sup>(12)</sup>

### **¿A quién beneficia este modelo?**

En 2019 las 10 primeras compañías farmacéuticas mundiales por beneficio, ganaron 89.220 millones de dólares, un 24,3% más que en 2014 <sup>(13)</sup>.

En 2019 España gastó 18.165 millones de euros en medicamentos, de ellos 7.373 en hospitales, cuyo gasto en sólo dos años aumentó un 21%. <sup>(14)(15)</sup>



Beneficia por tanto a los laboratorios innovadores, que consiguen unas ganancias cada vez más abultadas, y también a los de genéricos, porque cuanto mayor sea el precio inflacionario del medicamento innovador, mayor es el del genérico cuando se autoriza.

Pero no al SNS, ni a los contribuyentes ni a los pacientes, que somos los paganos de esta orgía de precios inflacionarios de los medicamentos, que se autorizan por un sistema ciego a los costes reales de producción, ciego a los costes reales de investigación y desarrollo, insensible a las barreras de acceso a los medicamentos que provoca en los más desfavorecidos, permisivo con los abultados beneficios empresariales que genera e ineficaz frente a los abusos del férreo e injusto sistema de patentes que los ampara.

En esta situación es lícito preguntarse, si el precio de los medicamentos en España está intervenido por el Estado como dice la legislación, o por la industria, como parecería por el precio inflacionario que se les otorga.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.) Félix Lobo. La intervención de precios de los medicamentos en España. 2013. Disponible en: [https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21688/intervencion\\_lobo\\_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21688/intervencion_lobo_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- 2.) Real Decreto 271/1990, de 23 de febrero. 1990. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-5368>
- 3.) Ley 29/2006, de 26 de julio. 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554>
- 4.) Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo. 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-5030>
- 5.) Alan H. Guth y Paul J. Steinhardt. Investigación y Ciencia. 1984. Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/miniceras-158/el-universo-inflacionario-2265>.
- 6.) Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo. 2014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-3189>
- 7.) Disponible en: <https://dir.indiamart.com/impcat/memantine-hcl.html?biz=10>
- 8.) Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/drugs-and-pharmaceutical-electronic-market-information-emit>
- 9.) Ángel M. Martín. Elaboración propia en base al consumo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2021.
- 10.) Reglamento de la CIMP. 2019. Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacologia/pdf/REGLAMENTO\\_CIMP\\_30\\_09\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacologia/pdf/REGLAMENTO_CIMP_30_09_2019.pdf)
- 11.) Disponible en: <https://www.pharmacompass.com/price/chenodeoxycholic-acid>
- 12.) AAJM. AAJM Documentos Propios. 2020. Disponible en: <https://accesojustomedicamento.org/el-golpe-del-acido-quenodesoxicoico/>
- 13.) Financial Times annual FT500 reports, disponible en <https://www.ft.com/ft500>
- 14.) Datos de Facturación de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
- 15.) Consumo de Medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del Sistema Nacional de Salud. 2020. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoHospitalario/home.htm>

# Pensamiento mágico, poder y valor del medicamento. El caso de la triaca



**Pablo Martínez Segura.**

Periodista especializado en salud y sanidad. Historiador. Doctorando en Historia de la Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid.

***RESUMEN.** La medicina y farmacología científicas son realidades muy recientes. Desde fases iniciales de la hominización, alimento y medicamento han estado unidos desde la base de la experiencia. También, fruto del pensamiento mágico y ligados a los intermediarios con lo que se consideraba sobrenatural, surgieron remedios que estuvieron reservados a la élite en el poder. La triaca magna ha sido la que ha perdurado durante más tiempo.*

## Magia, religión, poder, medicamento

En la evolución del hombre es muy difícil determinar en que momento pudo aparecer la decisión de utilizar sustancias con efectos sobre el organismo para prevenir, curar o mitigar algún tipo de problema. Posiblemente hay que recurrir a una etapa anterior a la hominización. En 2013 la revista *Science* publicó un artículo sobre la automedicación en animales <sup>(1)</sup>, que ha abierto toda una vía de investigación en la llamada zoofarmacognosia. En el caso de los humanos, los estudiosos han establecido que en las etapas mesolíticas es cuando aparece la utilización de alucinógenos, éxtasis chamánico, como decisión autónoma de algunos sujetos, en este caso ligado a la magia o la religión <sup>(2)</sup>. Dos conceptos que pueden abrir el primer debate. Desde nuestro punto de vista, siguiendo al antropólogo Julio Caro Baroja <sup>(3)</sup>, las distinciones entre magia y religión son artificiosas. Los sujetos que desean una cosa, buena o mala, suelen recurrir a un tercero que

esencialmente es un mago o un sacerdote, “uno conjura, el otro normalmente ora y sacrifica. Pero a veces también el sacerdote recurre a prácticas mágicas, a conjuros y el mago a oraciones y sacrificios”. Según indica, los monoteísmos han llevado a considerar la magia como un pacto diabólico, con el mal, y la religión como un pacto con dios, el bien. Claude Lévi-Strauss <sup>(4)</sup>, por su parte, sostiene que nuestros antecesores identificados como salvajes, fueron capaces de establecer completas explicaciones de su mundo [cosmogonías], atribuyendo lo inalcanzable a un pensamiento mágico opuesto a lo que podríamos llamar pensamiento racional. Una realidad imaginada, que da coherencia social al clan desde los inicios de las religiones, señala Durkheim <sup>(5)</sup>, necesitada de interpretes o mediadores (magos, chamanes, hechiceros o sacerdotes), que el historiador israelí Yubal Noah Harari <sup>(6)</sup>, sitúa siempre ligados al poder o ejerciéndolo directamente. La enfermedad era considerada como un castigo de los dioses, razón por la que los dioses o los mediadores con dichos dioses fueron simultáneamente los primeros médico-farmacéuticos. En casi todas las tradiciones: Dhanvantari, en la veda; Ching-Nong, en la china; Gilgamesch, en la sumeria; Imhotep, en la egipcia o Asclepio entre los griegos, son dioses y médicos, reyes, o médicos de los reyes.

## La triaca

Intentaremos hacer una aproximación al caso de la triaca, como ejemplo de un producto del pensamiento mágico. Inventado por un rey farmacólogo, desarrollado por el médico de un

emperador romano que se creía un dios, popularizado entre la corte de otro emperador por Galeno, considerado durante siglos padre la Medicina. Se tenía a la triaca como un remedio contra todos los males, pero sólo estuvo al alcance de los poderosos y de los pocos que pudieron pagar su altísimo precio. Su preparación, habitualmente pública y rodeada de gran solemnidad tenía todos los componentes de un rito o una función teatral <sup>(7)</sup>.

El profesor Juan Esteva de Sagera, nos introduce en la descripción: *“¿qué decir de la triaca, un remedio que tenía más de cien ingredientes, de difícil elaboración y elevado precio que dio lugar a un inmenso negocio en el que destacaron los boticarios venecianos, los reyes del comercio?”* <sup>(8)</sup>. La fórmula de la triaca, también conocida como electuario triacal grande o mayor, se puede encontrar en todas las Pharmacopeas publicadas en Europa entre los siglos XVI y XIX. Su principio activo más potente era el opio. El número de simples utilizados varió con el tiempo, siempre por encima de 60, a cuyas cantidades totales se añadía “el triple de miel de la mejor calidad y vino del mejor en cantidad suficiente” <sup>(9)</sup>.

El inventor de la triaca fue Andrómaco, médico de Nerón <sup>(10)</sup>. Lo que hizo fue añadir carne de víboras al mitriado, antídoto contra los envenenamientos desarrollado por Mitriades VI (120-63 a.C.), rey del Ponto. Señala Javier Puerto, académico de las reales de Farmacia y de Historia que “esta triaca con víboras es la que pasó a la posteridad, acaso por el excelente eco que de ella se hizo Galeno en su *De Theriaca ad Pisonem*” <sup>(11)</sup>. En

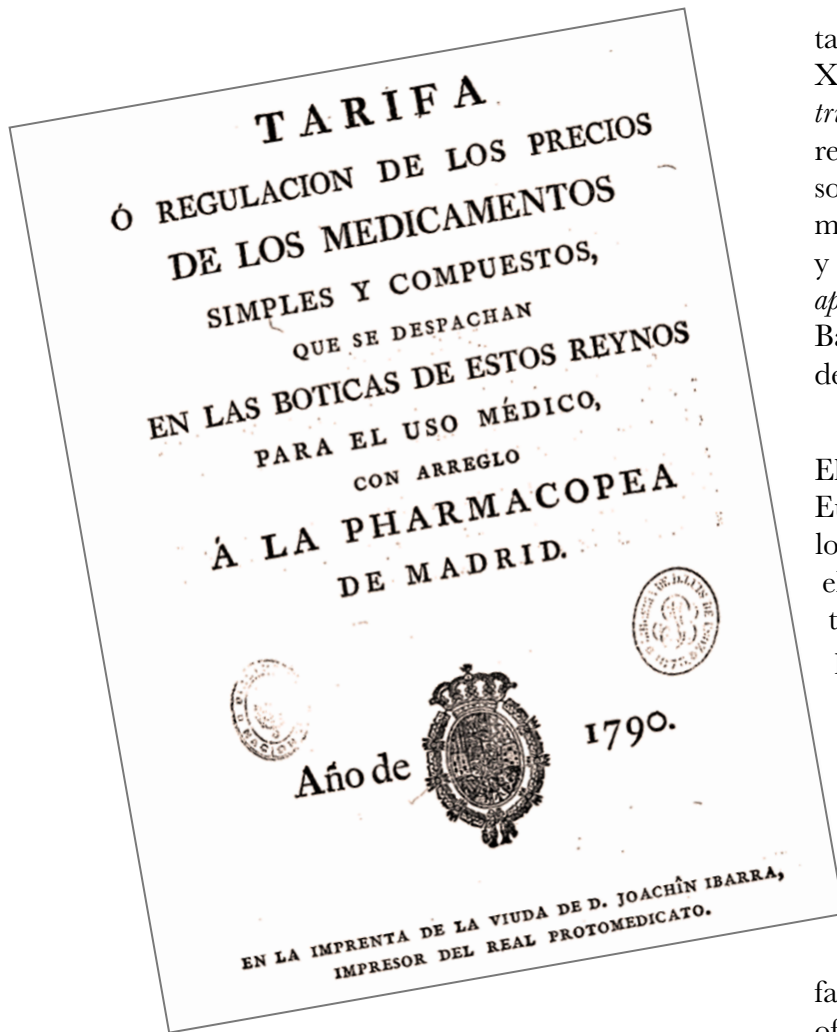


Alquimistas preparando triaca, ilustración del *“Liber de arte distillandi de compositis”* del cirujano y alquimista alemán Hieronymus Brunschwig (1450 - 1412). Fuente de la imagen: <https://i.pinimg.com/originals/30/ac/1c/30ac1cb5520cb6088d5e8ba7fca03625.jpg>

la corte de Marco Aurelio, emperador de Roma entre el 161 y el 180, considerado un estoico, todos tomaban triaca varias veces al día. Para prepararla fue llamado el mismísimo Galeno <sup>(12)</sup>. La académica de Farmacia María del Carmen Francés Causapé, explica que la popularidad de la triaca a lo largo de los siglos se debió a que, “al desconocerse la etiología de la enfermedad, la pluralidad de sus ingredientes hacía que cada uno de ellos sirviera para luchar contra las múltiples causas implicadas en el proceso morbo” <sup>(13)</sup>.

La triaca representa la panacea en el imaginario popular. A lo largo de los siglos está presente no sólo en la terapéutica de los poderosos, sino también los cuentos, las leyendas y hasta en los debates teológicos.





Aparece en leyendas artúricas como la de Tristán e Isolda, para curar la mordedura de un dragón <sup>(14)</sup>. También en la tradición persa de *Las mil y una noches*, con su presencia en los cuentos de *Alí-Babá y los cuarenta ladrones* y en el del *Príncipe Camaralzamán* <sup>(15)</sup>. En el ámbito musulmán, el médico cordobés Ibn Yulyul, del siglo X, que se autodefine como seguidor de Galeno, mantiene su empleo y es autor de un tratado sobre sus efectos beneficiosos <sup>(16)</sup>. Ibn Yuyul había sido alumno del monje Nicolás, traductor de griego que el emperador de Bizancio había enviado a Abderramán III junto con el regalo de un manuscrito iluminado de *Materia Médica*, de Dioscórides <sup>(17)</sup>. En el siglo XIII el teólogo belga Tomás de Catimpré compara la pasión de Cristo, redentora de almas, con la triaca que cura males físicos <sup>(18)</sup>; argumento que será utilizado

también por Calderón de la Barca en el siglo XVII en su auto-sacramental *El veneno y la triaca* <sup>(19)</sup>. En los Reinos Hispánicos renacentistas, el primer boticario que escribió sobre la triaca fue Pere Benetí Matheu, miembro de una antigua familia de especieros y apotecarios, en cuya obra *Liber in examen aphotecarium*, dada a imprimir por su hijo en Barcelona en 1521, se habla de los Cánones de Arnaldo, la triaca y el mitridato <sup>(20)</sup>.

El mayor esplendor de la triaca se dará en Europa en los siglos XVI y XVII, aupada por los boticarios venecianos que controlaban en el comercio de sus componentes simples traídos de oriente. “La triaca – puntualiza el profesor Javier Puerto- representa el pensamiento mágico luego cristianizado; también aparece como la concreción de un sentimiento de esperanza y, todos los sentimientos cuando tienen un poso inconsistentemente mágico precisan de complejos rituales” <sup>(11)</sup>. Cuando en el siglo XIX esos ritos se van perdiendo y al final hasta se publicita en la prensa farmacéutica, por parte de mayoristas, que la ofrecen a las boticas <sup>(21)</sup>, se inicia su lenta decadencia, aunque llega a coexistir durante algunos años con los medicamentos de elaboración científica.

### Precio desorbitado

Sobre el elevado precio de la triaca, hay constancia en tarifas oficiales de finales de siglo XVIII, en donde se especifica que un “escrúpulo” (medida equivalente a 1,55 gramos) valía 16 reales <sup>(22)</sup>. Teniendo en cuenta que el valor adquisitivo en aquella época de un real equivaldría a 1,27 euros actuales en España <sup>(23)</sup>, y que el tratamiento día era de entre 2 y 3 escrúpulos, tres veces al día, hablamos de hasta 144 reales cada 24 horas, en un periodo no determinado, pero habitualmente muy dilatado. Un jornalero cobraba dos reales/día.

## REFERENCIAS

- 1) DE ROODE, Jacobus C. – LEFÈVRE, Thierry – HUNTER, Mark D. 2013. *Self-Medication in Animals*. *Science*. DOI: 10.1126/science.1235824. Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/340/6129/150.summary?sid=8953bb6f-833b-4b75-b0df-1637b7635e9d>
- 2) ARRIZABALAGA, Mariano Mateo. 2012. *Fármacos y religión en la historia de las religiones*. Discurso leído en la sesión del 15 de noviembre de 2012 para su ingreso como académico electo de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Zaragoza. Real Academia de Medicina. 110 p. (58). Disponible en: <http://www.ramz.es/WebRAMZ/archivos/Contestacion%20Mateo.pdf>
- 3) CARO BAROJA, Julio. 1961. *Las brujas y su mundo*. Madrid. Alianza Editorial (4ª Ed. 1973). 382 p. (págs. 30 y 41).
- 4) LÉVI-STRAUSS, Claude. 1964. *El pensamiento salvaje*. México. Fondo de Cultura Económica (2ª r. 1972). Traducción de Francisco González. 416 p. (pág. 32).
- 5) DURKHEIM, Emilio. 1912. *Las Formas elementales de la vida religiosa*. Buenos Aires. Editorial Schapire (Edición de 1968). Traducción de Iris Josefina Ludmier. (467 p). (págs. 35 y 49). Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/durkheim-emilio-las-formas-elementales-de-la-vida-religiosa.pdf>
- 6) HARARI, Yubal Noah. 2014. *Sapiens. De animales a dioses*. Madrid Editorial Debate. Traducción de Joandomènec Ros. 494 p. Disponible en: <http://biologia.usal.es/wp-content/uploads/2018/01/De-Animales-a-Dioses.pdf>
- 7) BETTINETTI, Giampiero. PITOTTO, Paolo. 2009. “*Le marche della triaca*”. *Padua. Il Curioso*. Nº 58. Año X. (48-51). Disponible en: [https://www.complianceturin.it/ftp/articoli/Le\\_marche\\_della\\_Teriac.pdf](https://www.complianceturin.it/ftp/articoli/Le_marche_della_Teriac.pdf)
- 8) ESTEVA DE SAGRERA, Juan. 2009. “*¿A modo de introducción o cordialero cordial*”. En *Cordialero de libros y medicamentos. Homenaje al Dr. José María Suñé Arbussà*. Edición a cargo de Juan Esteva de Sagra y Antonio González Bueno. Madrid. Sociedad de Docentes Universitarios de la Historia de la Farmacia de España. (págs. 3 a 6). Disponible en: <https://sduhfe.files.wordpress.com/2015/09/cordialero.pdf>
- 9) AGUILON, Pedro Luis. 1844. *Pharmacopea Española de la cuarta edición*. Madrid. Imprenta de Don Miguel de Burgos. 292 p. (págs. 74 a 77). Disponible en: [https://books.googleusercontent.com/content?req=AKW5Qadlei2G7rm3tyk-9OtUINGlbtwwvl7uaGMWfg7OqudODKZfBGgMfO8RfZOShXIGPD7UWaoqdV7pjV9svEtBqCHmYVSHjXCT6BzlXdz7AvU0QMC7rEvRHeAMMXY9\\_Qh7LnMA46qcBkJBOPiVmhC9JlFYmrYVztK-CsYSpAdZROAiG\\_PzOihHGto\\_pSwung9Z0b-p](https://books.googleusercontent.com/content?req=AKW5Qadlei2G7rm3tyk-9OtUINGlbtwwvl7uaGMWfg7OqudODKZfBGgMfO8RfZOShXIGPD7UWaoqdV7pjV9svEtBqCHmYVSHjXCT6BzlXdz7AvU0QMC7rEvRHeAMMXY9_Qh7LnMA46qcBkJBOPiVmhC9JlFYmrYVztK-CsYSpAdZROAiG_PzOihHGto_pSwung9Z0b-p)
- 10) CHIARLONE, Quintín – MALLAINA, Carlos. 1847. *Ensayo sobre la historia de la Farmacia*. Madrid, Imprenta de D. Santiago Saunaque. 646 p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2027/ucm.5311269808>
- 11) PUERTO SARMIENTO, Javier. 2009. *La triaca magna*. Discurso leído en la sesión del 26 de febrero de 2009 para su ingreso como académico de número. Madrid. Real Academia Nacional de Farmacia. 110 p. Disponible en: <https://www.ranf.com/wp-content/uploads/academicos/discursos/numero/puerto.pdf>
- 12) FIGUIER, Luis. *La ciencia y sus hombres. Vidas de los sabios ilustres desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. 1874. Barcelona. D. Jaime Seix, editor (2ª). Tomo I. Traductor Pelegrín Casabó y Pagés. (p. 416, 418 y 433). Disponible en: <https://ia803105.us.archive.org/0/items/A044162/A044162.pdf>

- 13) FRANCÉS CAUSAPÉ, María del Carmen. 2009. *Consideraciones sobre creencias, farmacia y terapéutica*. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del curso celebrada el 15 de enero de 2009. Madrid. Real Academia Nacional de Farmacia. 78 p. (pág. 18). Disponible en: [https://silo.tips/queue/consideraciones-sobre-creencias-farmacia-y-terapeutica?&queue\\_id=-1&v=1612760543&u=ODMuNDQuMjOuMjAw](https://silo.tips/queue/consideraciones-sobre-creencias-farmacia-y-terapeutica?&queue_id=-1&v=1612760543&u=ODMuNDQuMjOuMjAw)
- 14) FRENZEL, Elisabeth. 1976. *Diccionario de argumentos de la literatura universal*. Madrid. Editorial Gredos. Traducción de Carmen Schad de Caneda. 496 p. (págs. 464 y sig.)
- 15) VALBUENA, Felicísimo. 2000. “La creatividad, medio para dejar de ser esclava: Historia de Alí-Babá y los cuarenta Ladrones”, en *Mujeres y negociación en la Mil y una noches*. Madrid. Cuadernos de Información y Comunicación. Universidad Complutense. Nº 5. (99-140) (Págs. 101 a 104). Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/download/CIYC0000110099A/7380/> y GONZÁLEZ TREVIÑO, María Elena. 2007-2008. *Los velos de Scherezada: censura y seducción en las traducciones de las mil y una noches*. México. Anuario de Letras Modernas. Vol 14 (13-23). Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de México. (pág. 20). Disponible en: <http://revistas.filos.unam.mx/index.php/anuariodeletrasmodernas/issue/view/43>
- 16) RUIZ VEGA, Paloma. 2015. “La farmacia galénica en el periodo árabe: el medicamento en la Edad Media”. *Revista Estudios sobre Patrimonio, Cultura y Ciencias Medievales*. Nº 17 (403-418). Disponible en: <http://www.epccm.es/index.php?journal=epccm&page=article&op=view&path%5B%5D=298>
- 17) ÁLVAREZ MILLÁN, Cristina. 2020. “*Ibn Yulyul*”. *Diccionario Biográfico de la Real Academia de la Historia*. Madrid. Real Academia de la Historia. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/16533/ibn-yulyul>
- 18) ERRECALDE, Jorge Oscar. 2009. *La evolución del medicamento en la historia*. Buenos Aires. Anales de la Academia Nacional de Agronomía y Veterinaria. Tomo LXIII. (327-342). (pág. 334). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27667>
- 19) VALBUENA PRAT, Ángel. 1968. *Historia de la literatura española*. (Vol. 2). Barcelona. Editorial Gustavo Gili (8ª). 774 p. (págs. 555 a 557).
- 20) PUERTO SARMIENTO, Javier. 1994. “*La farmacia renacentista y la botica de El Escorial*”. En, *Actas del Simposium La ciencia en el Monasterio del Escorial, celebrado del 1 al 4 de noviembre de 1993*. Dirección: Francisco Javier Campos y Fernández de Sevilla. San Lorenzo de El Escorial. Ediciones Escorialenses. (págs. 73 y 131). Ponencia de Javier Puerto disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2856416.pdf>
- 21) Publicidad dirigida a las farmacias sobre polvos compuestos para la preparación de la triaca que “responden a la necesidad de simplificar las manipulaciones farmacéuticas, ofreciendo a los profesores la ventaja de obtener el producto en cualquier tiempo y con poco trabajo”, aparecen en la prensa especializada. Puede verse un ejemplo en el periódico quincenal *Los Avisos*, del 20 de noviembre de 1885, Nº 32. Año XI.
- 22) *Tarifa o regulación de precios de los medicamentos simples y compuestos que se despachan en las boticas de estos reinos para el uso medico con arreglo a la Pharmacopea de Madrid*. 1790. Madrid. Imprenta de la Viuda de D. Joaquín Ibarra, impresor del Real Protomedicado. (pág.25).
- 23) MARTÍNEZ SEGURA, Pablo. 2020. “*Valor de un real en la segunda mitad del siglo XVIII*”, en *Siglos XVIII y XIX*. Real Canal del Manzanares, historia de un fracaso. Curso de Historia de España (24). Ayuntamiento de Madrid. Junta Municipal del Distrito de Arganzuela. Centro de Mayores Casa del Reloj. (pág. 9). Disponible en: <https://www.sanitikon.com/2020/12/curso-de-historia-de-espana-24-siglos.html> y en [https://centrosdemayoresdistritoarganzuela.blogspot.com/2021/01/t-voluntaris-historia\\_29.html](https://centrosdemayoresdistritoarganzuela.blogspot.com/2021/01/t-voluntaris-historia_29.html)



## Ética y medicamentos



### Javier Sánchez Caro.

Abogado. Profesor honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina. Primer vocal de la Asociación Acceso Justo al Medicamento.



“La justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento”.

John Rawls

### 1.- Introducción.

La ética es la investigación de lo “bueno”, de lo “valioso”, de lo que tiene un significado importante para la vida de los seres humanos desde el momento en que sirve de guía u orientación de la conducta y obliga a dar justificación de las acciones no solo ante nosotros mismos sino también ante la sociedad de la que formamos parte.

Cuando la ética se proyecta al campo de las ciencias de la salud adopta la forma de bioética, que no es otra cosa que una ética aplicada a dicho contexto y que pretende servir de referencia para solucionar los conflictos correspondientes. La salud se entiende aquí en el sentido más amplio posible, de manera que supera en mucho el marco de la relación clínica y en nuestro caso particular abarca los medicamentos, incluidas, claro está, las vacunas.

Son innumerables las cuestiones que suscita la ética (bioética) en su relación con los medicamentos: sin ánimo de exhaustividad y sin entrar ahora en el análisis de su contenido, cabe hacer referencia a las cuestiones que plantea el copago (se recuerda que 1,5 millones de españoles no pueden retirar la medicación por razón de su coste); los incentivos perversos a la prescripción, que afectan a la calidad de la asistencia y merman la posibilidades presupuestarias; la fijación del precio justo, que impide los abusos del sobreprecio; los problemas que plantean las patentes, cuya existencia no responde a las finalidades previstas en su creación, generando monopolios u oligopolios que entorpecen el normal funcionamiento de la competencia; el abuso de posiciones dominantes, que no es otra cosa que una consecuencia de lo expuesto anteriormente; la necesidad de hacer frente a

la opacidad y falta de transparencia en las inversiones, en la investigación y en la fijación de los precios; la necesaria universalización en el acceso a los medicamentos, consecuencia de una visión que excede el marco de los Estados; la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que se ve debilitado por medicamentos con fijación de precio excesivo; en fin, los conflictos de intereses que se desatan en este ámbito y que deben ser objeto de regulación detallada.

## 2.- Delimitación

En el presente trabajo nos preocupamos únicamente del tema nuclear que debe servir de fundamento a todas las cuestiones anteriormente descritas, a saber, **la consideración del medicamento como un derecho humano fundamental**, tal y como viene proclamando nuestra Asociación desde sus inicios.

No se trata, ahora, por tanto, de establecer una fundamentación legal o jurídica, que tendría su asiento en diversos textos muy conocidos: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su Observación General N.º 14. Se trata de dotar de una fundamentación filosófica a dicha afirmación, que sirva de base para todos los campos en que haya de aplicarse posteriormente.

Tal cuestión se aborda en un doble orden de consideraciones: sobre la base de lo que deba entenderse por dignidad y el concepto que tengamos de la justicia.

## 3.- Sobre la dignidad

De acuerdo con los postulados de la ética kantiana, las personas tienen un valor absoluto y no pueden ser tratadas como instrumentos.

Todo ser racional es fin en sí mismo y no medio para otra cosa. Se trata de seres absolutamente valiosos y su valor no procede de que satisfagan necesidades o deseos, como ocurre con los instrumentos o las mercancías. No son objetos de cambio en las relaciones comerciales. No tienen valor de uso ni valor de cambio. No tienen precio, sino dignidad y merecen por ello un respeto del que se siguen obligaciones morales.

La característica que permite afirmar que las personas tienen dignidad es que solo ellas son seres libres, es decir, son seres autónomos, capaces de darse leyes a sí mismos y regirse por ellas.

Como consecuencia de lo expuesto el principio ético dominante es el que afirma que hay que tratar a la persona como algo absolutamente valioso, sin posibilidad de instrumentalización.

Lo que llamamos valores morales apunta siempre a la defensa de algún aspecto de la dignidad de la persona. En nuestro caso, hace referencia a la defensa de la vida, de la integridad física o mental y al combate de la enfermedad, todo lo cual se consigue, además de con otros medios, con el acceso universal a los medicamentos y permite validar la afirmación de que es un derecho humano fundamental en cuanto ética mínima, que puede defenderse con argumentos intersubjetivamente aceptables, pues de otra manera, esto es, sin que la persona tenga unos mínimos recursos materiales y culturales, estaría imposibilitada para desarrollar una vida digna (*primary goods o decent minimum*) y sometida a sufrimientos imposibles y a la pérdida de la vida.

## 4.- Sobre la justicia

No se puede ignorar la realidad social de nuestro tiempo: las enormes injusticias y sufrimientos que provocan la pobreza y la

desigualdad, por lo que debemos preguntarnos cual es la concepción más adecuada de la justicia para remediar tales males, siguiendo al filósofo John Rawls.

Las personas no son totalmente responsables de la buena o mala suerte que tengan en sus vidas y, por tanto, no merecen, en términos absolutos, los éxitos y los fracasos asociados al azar, de tal manera que una sociedad no es más justa que otra por ser más rica, sino por tener mejor distribuida su riqueza y por el destino que reserva a los más desfavorecidos.

Podemos saber que contenidos tiene la justicia si nos preguntamos qué principios escogerían los individuos en una situación de igualdad, bajo un punto de vista imparcial. Tal posición de partida (*original position*) se completa con el llamado velo de la ignorancia (*veil of ignorance*), que oculta las particularidades de cada persona: nadie sabe lo que el futuro le deparará, si va a ser rico o pobre, si será o no inteligente, si tendrá una discapacidad, la clase social en la que se integrará, las convicciones morales o religiosas, la etnia, el género, las medicinas o la atención sanitaria que precisará, etc.

De tales premisas se extraen los principios de justicia.

El primero garantiza las libertades iguales, pues todos querrán proteger cualquier elección de vida buena que puedan realizar, pero una vez asegurada la libertad personal se preocuparán de tener igualdad de oportunidades para llevar a cabo la vida que deseen, sin que existan privilegios que lo impidan. Tras la igualdad de oportunidades, también querrán estar a salvo de las penurias de la pobreza, por si cualquiera de ellos resulta que posteriormente es pobre. Por último, los más afortunados pueden mejorar después su condición tan solo si los menos afortunados también lo hacen (principio de la diferencia), esto es, los que tengan más

talento pueden obtener más ingresos si eso contribuye a lo que los que ganan menos sean menos pobres, de manera que se promueva el mayor beneficio para los miembros menos favorecidos de la sociedad

El principio de la diferencia protege pues, a los que pierden inmerecidamente en la competición social y si se reflexiona detenidamente en los principios esbozados se caerá en la cuenta de su relación con los tradicionales de libertad (principio de igual libertad), igualdad (principio de igualdad de oportunidades) y fraternidad (principio de la diferencia, no tener mayores ventajas a menos que esto sea en beneficio de quienes están peor situados).

## 5.-Conclusión

Fácil es aplicar lo expuesto al caso que nos ocupa. En una posición original de imparcialidad e igualdad y bajo el velo de la ignorancia, todos tendríamos interés en protegernos frente a los avatares de la salud y a la necesidad de medicamentos a los que tuviéramos que hacer frente en un futuro, pues pudiera suceder que, por múltiples y variadas causas, (pobreza, pérdida del empleo, discapacidad, migración, etc.) no pudiéramos dar una solución adecuada a dichas contingencias.

## Bibliografía

- 1.-STEPHEN LAW, *Filosofía*. Espasa Calpe, 2008.
- 2.-PETER SINGER (Ed.), *Compendio de ética*. Alianza editorial, 2010.
- 3.-ANGEL PUYOL, *El filósofo de la justicia*. Batiscafo, 2015.
- 4.-JOHN RAWLS, *Teoría de la justicia*, Fondo de cultura económica, México D.F., 1979.
- 5.-MANUEL GARCÍA MORENTE, *Filosofía*, Ediciones 2019. Madrid, 2014

## OTRAS FUENTES

**Especular con la vacuna: un crimen contra la humanidad****José Antonio Martín Pallín.**

Jurista, magistrado emérito del Tribunal Supremo. También fue fiscal del mismo. *Revista CTXT Contexto y acción* N° 269. Febrero 2021 <<https://ctxt.es/es/20210201/Firmas/34860/crimenes-humanidad-especulacion-vacunas-farmaceuticas-Martin-Pallin.htm>>

*COMENTARIO.* Este muy interesante artículo de Martín Pallín se abre con una frase: "Existe un consenso generalizado entre los juristas sobre la necesidad de encajar en el marco del derecho penal determinadas conductas que conmueven profundamente la conciencia de la humanidad." Efectivamente la pandemia "conmueve" a la humanidad. Pero sin duda debería "mover" a que gobiernos e instituciones nacionales e internacionales adoptarán todas las medidas necesarias para conseguir disminuir y anular el sufrimiento y las muertes de millones de ciudadanos.

Martín Pallín nos propone un instrumento para lograr este objetivo: la ley, y afirma: "Las únicas leyes admisibles en una sociedad democrática son aquellas que emanan de la soberanía popular... Las llamadas "leyes del mercado" impuestas por poderes económicos, al margen de la soberanía popular, deben ser cuestionadas en cualquier sociedad democrática" A continuación explora las posibilidades difíciles y complicadas para acudir a la Corte Penal Internacional para llevar a los directivos y representantes de la BigPharma como responsables de "la especulación comercial con las vacunas" y si este delito puede incluirse en la categoría delictiva de los crímenes contra la humanidad. El final del artículo nos interpela y llama a la acción: "si nos resignamos y sometemos a las decisiones de los poderosos, habremos puesto en peligro las condiciones necesarias para conseguir la paz, la seguridad

y el bienestar de la humanidad. "Espaldado mensaje que desde el Consejo de Redacción hacemos nuestro.

Existe un consenso generalizado entre los juristas sobre la necesidad de encajar en el marco del derecho penal determinadas conductas que conmueven profundamente la conciencia de la humanidad. La mayoría de los códigos penales recogen y castigan comportamientos delictivos que, por su naturaleza y gravedad, se califican como delitos contra la comunidad internacional.

Inevitablemente, el juego de los intereses que priman en la política internacional y la inevitable limitación de la soberanía nacional para aplicar el Derecho Penal al espacio territorial de cada país provoca, a pesar de los tímidos avances de la jurisdicción universal, que muchos de esos delitos se cometan con la más absoluta impunidad. Esta posibilidad ha sacudido la conciencia de la mayoría de los ciudadanos de los países que forman parte de la organización de Naciones Unidas, planteándose la necesidad de establecer una Corte Penal Internacional que garantice, en todo caso, que la justicia internacional sea respetada y puesta en práctica cuando los tribunales nacionales hacen dejación de sus obligaciones de perseguir estas conductas criminales.

Conscientes de la necesidad de reaccionar ante comportamientos que pueden romper los lazos de solidaridad, patrimonio común de la

humanidad, se convocó una Conferencia Internacional con el objeto de perseguir y castigar estas conductas y consolidar los estrechos vínculos y culturas que configuran la posibilidad de un futuro en común. Aunque algunos pensaban, con escepticismo, que este propósito no iba a llegar a buen fin, los malos augurios no se cumplieron y felizmente cuajó la idea. Después de varios años de negociaciones, se consigue plasmar en un texto, que consolida la idea de ensanchar el marco del Derecho Penal y Procesal Internacional. Los esfuerzos alumbraron el denominado Estatuto de la Corte Penal Internacional, firmado en Roma el 17 de julio de 1998 y ratificado por España el 24 de octubre del año 2000. Su función es subsidiaria y sólo actúa cuando las jurisdicciones nacionales permiten la impunidad. Como nos dice en su preámbulo, es necesario adoptar las medidas de cooperación, en el plano nacional, e intensificar la cooperación internacional para asegurar que estos crímenes sean efectivamente sometidos a la acción de la justicia.

Según las estadísticas más recientes que maneja la Organización Mundial de la Salud, dos millones de personas han fallecido a causa de la covid en el mundo y el número de afectados puede llegar hasta los cien millones. Una emergencia grave y trascendente para la comunidad internacional. De momento, los medios para atajarla pasan por las medidas sanitarias y sobre todo por la aplicación de las vacunas que han conseguido elaborar los laboratorios farmacéuticos. Cualquier maniobra especulativa que ponga en riesgo a gran parte de la humanidad, privándola de la posibilidad de acceder a las dosis necesarias para inmunizarse, merece el repudio moral y ético de todos los ciudadanos. El enérgico rechazo de estas prácticas se refuerza por el hecho de que los avances en la investigación han sido posibles gracias a la inversión de fondos públicos.

La especulación con el precio de las vacunas, ofreciéndoselas al mejor postor, es una realidad obscena que las propias empresas farmacéuticas no niegan, sino que, al contrario, tratan de justificar invocando las llamadas “leyes del mercado”. Gran parte de los medios informativos y muchos gobiernos y partidos políticos utilizan este repulsivo mercadeo como munición política para desgastar al adversario.

Nos enfrentamos a una pandemia de efectos devastadores sobre la vida y la salud de las personas. Ningún país está libre. Es la humanidad la que se siente afectada por las maniobras que se están realizando, a ciencia y paciencia de muchos gobiernos e instituciones, en la distribución del único antídoto que puede combatir y remitir la tragedia que estamos viviendo. Los datos son aterradores, nunca se habían alcanzado estas cifras de contagios y fallecimientos en la historia de la humanidad, aun sumando las víctimas de todas las grandes guerras que últimamente se han vivido.

Los directivos de las grandes empresas farmacéuticas no pueden manejar la distribución de las vacunas como si se tratase de cualquier otro producto de consumo. Las únicas leyes admisibles en una sociedad democrática son aquellas que emanan de la soberanía popular representada por los respectivos poderes legislativos. Las llamadas “leyes del mercado” impuestas por poderes económicos, al margen de la soberanía popular, deben ser cuestionadas en cualquier sociedad democrática que respete los valores y principios que se recogen en sus constituciones. Si no se actúa enérgicamente para atajar estos desmanes, los políticos deben reconocer que están traicionando los deberes y obligaciones que les ha encomendado el pueblo. Las instituciones democráticas se convierten en una mera fachada y en un instrumento ineficaz para conseguir la defensa de los intereses generales que, en este caso, van más allá de



los límites territoriales de un Estado y afectan a toda la humanidad, sobre todo a aquellas personas que son más vulnerables, física y económicamente.

Vaya por delante que yo no soy partidario de expandir el Derecho Penal como solución para toda clase de conflictos, pero creo sinceramente que, ante la magnitud de la tragedia, hay que explorar todas las vías jurídicas disponibles. Ante la imparable expansión de la enfermedad y la muerte, no se puede permanecer impasible. Con toda seguridad se podrán esgrimir argumentos para contradecir mis afirmaciones. Estoy seguro que a los tradicionales círculos y medios de comunicación neoliberales les parecerá que lo que estoy diciendo es, como mínimo, una transgresión e, incluso, un desvarío de una persona que ha perdido la capacidad de respetar los principios rectores del Derecho Penal. Ante la insoportable gravedad de lo que estamos viviendo, me gustaría conocer las alternativas que ofrecen para hacer frente a las maniobras especulativas.

Es cierto que la competencia de la Corte Penal Internacional es limitada. Descartados los delitos de genocidio, crímenes de guerra y agresión, nos queda la posibilidad de explorar si la especulación comercial con las vacunas puede incluirse en la categoría delictiva de los crímenes contra la humanidad que se extiende, según el texto del Estatuto, a la posibilidad de castigar “cualquier acto inhumano que cause intencionalmente grandes sufrimientos o atente gravemente contra la integridad física o la salud mental o física de las personas”.

Reconozco que la tarea es compleja. Habría que identificar a los autores y acreditar que actuaron con notorio desprecio de las consecuencias que podrían derivarse de sus decisiones. Tendrían que justificar la primacía de sus intereses comerciales sobre la obligación de contribuir, solidaria y

responsablemente, a la lucha contra la pandemia que ha alterado hasta nuestras formas de convivencia. Para acusar ante un Tribunal, es preciso investigar y encontrar las claves de estas maniobras especulativas que, sin perjuicio de su posible reproche penal, carecen de cualquier sustento ético y moral.

El Estatuto de la Corte Penal Internacional contempla la posibilidad de que el fiscal pueda iniciar de oficio una investigación acerca de unos hechos que podrían ser competencia de la Corte, recabando información de los órganos de Naciones Unidas, las organizaciones intergubernamentales (UE) y de toda clase de organizaciones y personas. Con todas estas informaciones, una vez depuradas y analizadas, puede solicitar autorización para llevar adelante la investigación. El Consejo de Seguridad de Naciones Unidas podría acordar que la Corte no inicie la investigación, o que la suspenda temporalmente. Esta decisión exigiría un debate en el Pleno. Será interesante conocer los argumentos de los países que lo componen para valorar cuáles son las razones y los argumentos para considerar que una especulación con las vacunas contra la covid-19 puede ser delictiva o simplemente una operación comercial.

La resolución del Consejo de Seguridad sería clarificadora y contribuiría a consolidar la democracia o mantenerla en un estado de hibernación, sometida a otros poderes ajenos a la soberanía popular. Acabo de leer en esta revista una reflexión muy interesante sobre las enseñanzas que nos proporciona la reciente invasión del Capitolio de Washington por las hordas fascistas capitaneadas por Donald Trump. El artículo se titula “Esa colina no resplandece”. Los oligarcas tomaron la Shining Hill mucho antes que las hordas trumpistas (Andy Robinson, 23 enero 2021).



Efectivamente, las turbas fueron desalojadas y es posible que algunos de ellos resulten condenados. Otros serán ensalzados por esa parte de la sociedad norteamericana que ya no cree en los valores fundacionales de su democracia. Pero los verdaderos ocupantes del Capitolio son invisibles y realmente omnipresentes; las grandes corporaciones financieras industriales y tecnológicas dirigen el país desde hace tiempo y suplantán la voluntad y los intereses de sus ciudadanos. El triunfo de la democracia se produciría si alguien, a ser posible con menos violencia que en el pasaje evangélico, las arrojase del templo y las recondujese a su verdadera y noble condición de ciudadanos.

La existencia de la intención y el conocimiento de la ilicitud de los comportamientos puede inferirse de los hechos y las

circunstancias del caso. No podemos refugiarnos en el puro positivismo legal, materialista y descarnado, para justificar la inactividad y la indolencia frente a unos hechos que repugnan a cualquier conciencia recta y éticamente formada. Si estoy equivocado, me gustaría que los representantes de esas grandes empresas farmacéuticas que tienen en su mano los destinos de la humanidad convocasen una rueda de prensa para reconocer o desmentir, ante la indignada opinión pública mundial, que su concepción del mercado responde a criterios y normas que están por encima de cualquier otra consideración. Si nos resignamos y sometemos a las decisiones de los poderosos, habremos puesto en peligro las condiciones necesarias para conseguir la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad.

## Coronashock y patriarcado (resumen, ver artículo completo [AQUÍ](#))

### Instituto Tricontinental de Investigación Social\*.

(\*) El Instituto Tricontinental de Investigación Social es una institución internacional dedicada a estimular el debate intelectual con las aportaciones del Movimiento de los Países No Alineados (MPNA) y la Organización de Solidaridad de los Pueblos de Asia, África y América Latina (OSPAAAL).

El artículo analiza las consecuencias de la crisis sanitaria, social y económica que está provocando la pandemia por coronavirus desde una perspectiva de género y propone 18 medidas a implantar para minimizar los efectos de la pandemia en las mujeres y para avanzar en igualdad entre los hombres y mujeres hacia una sociedad más justa y productiva.

De forma general viene a concluir que *“El capitalismo ha colocado un peso aplastante sobre los hombros de la mujer: la ha convertido en asalariada*

*sin haber reducido sus tareas como ama de casa o madre”*.

Analizar críticamente la pandemia y su gestión a nivel mundial es un ejercicio de reivindicación de la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres. Durante esta crisis se ha visibilizado la división desigual del trabajo y roles sociales de hombres y mujeres, así como las consecuencias en la situación, sanitaria, económica y social de las mujeres.

Las mujeres, que ocupan mayoritariamente los ámbitos sociosanitarios y responsabilidad doméstica, así como la economía informal, trabajos menos valorizados, han sido las protagonistas de la lucha directa contra la pandemia y también de sus consecuencias. La mayor precariedad laboral y el rol social de los cuidados familiares incrementados durante esta crisis ha desembocado en una mayor brecha salarial, mayor sobrecarga de trabajo informal y de cuidados domésticos sin poder gestionarlos al no ocupar los órganos de toma de decisión.

*“De acuerdo con las Naciones Unidas (ONU), algunas estimaciones indican que las mujeres representan el 67% de la fuerza de trabajo mundial en atención de la salud. Las mujeres también constituyen la mayoría en el sector de limpieza y particularmente en el trabajo social (90%).”*

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 69% de las organizaciones mundiales de la salud están dirigidas por hombres, solo 20% tienen paridad de género en sus juntas directivas y el 25% ha alcanzado paridad de género en los puestos directivos superiores”.

*“La OMS también demostró que mientras las mujeres en este sector trabajan más horas, se les paga 11% menos que a los hombres.”*

Pero la precariedad laboral y social no sólo ha supuesto a merma de derechos económicos y laborales, sino también en el ámbito de la salud de las mujeres, todo para las mujeres que ocupan sectores de trabajo informal sin poder acogerse a un ERTE y que la necesidad económica, les ha obligado a exponerse para ir a trabajar, en la mayoría de los casos haciendo uso del transporte público.

Desde el punto de vista de la salud, también se ha producido un incremento de la violencia contra las mujeres que se han encontrado más indefensa y vulnerables ante sus agresores.

*“Un informe reciente de Oxfam (2020) muestra que las mujeres son responsables por 75% del trabajo de*

*cuidado no remunerado realizado en el mundo. Eso es más de 12.500 millones de horas que las mujeres y niñas alrededor del planeta gastan haciendo este tipo de trabajo cada año. De acuerdo con el informe, esto equivale a aproximadamente 10,8 billones de dólares de trabajo de cuidado no remunerado al año que subsidia la economía global, lo que equivale a tres veces el tamaño de la industria tecnológica.”*

No obstante, la desigualdad entre hombres y mujeres no afecta a clases sociales y económicas más desfavorecidas, sino que se trata de una problemática transversal dependiente de una concepción concreta de los roles de hombres y mujeres y del propio mundo y su organización social, cultural y económica, “Después de que se implementaran las medidas de confinamiento en diferentes partes del mundo, los equipos editoriales de las publicaciones científicas informaron una fuerte disminución en los envíos de artículos por parte de académicas a nivel mundial, mientras que los artículos enviados por académicos aumentaron en casi un 50%.”

Este modelo socioeconómico desigual se atribuye al neoliberalismo y su concepción del individuo como responsable de su destino en detrimento del papel del Estado como garante de la igualdad de derechos y oportunidades, especialmente a través del Estado del Bienestar, el cual se ha ido minimizando y debilitando mediante las políticas de austeridad.

Las políticas públicas y el papel del Estado son entendidas como cruciales para eliminar las barreras y obstáculos que impiden alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres y superar la consideración injusta de “normal” o “natural” de las discriminaciones que sufren las mujeres. La situación postpandemia va a requerir de una organización social y económica diferente a la que nos ha traído hasta aquí y su diseño obliga a un ejercicio de análisis de crítica constructiva que permita avanzar hacia una sociedad más justa, igualitaria y próspero, para lo que la igualdad entre hombres y mujeres es un objetivo irrenunciable.

*“La crisis de covid-19 puede resignificar el valor del trabajo y la importancia de las vidas de esas mujeres que cuidan de la reproducción y mantención de toda la sociedad. Debemos reconocer y remunerar este trabajo invisible, comprendiendo que todas las personas tienen derecho a ser cuidadas. Eso implica avanzar en un proceso de desmercantilización y desfamiliarización del cuidado, para que el acceso a las prestaciones del cuidado deje de ser un privilegio de unos pocos y se convierta en un derecho humano. “*

Finalmente, no se puede obviar la importancia de la salud pública que ha evidenciado que esta crisis sociosanitaria con una visión comunitaria de la salud y no individualista, donde los determinantes de la salud juegan un papel clave en el bienestar vital que implica la salud como medio para alcanzarlo y no como el objetivo de un sistema de atención biomédica de la enfermedad.

*La salud no es solo una cuestión individual, es un proceso complejo y socialmente determinado. Este aspecto a menudo se deja de lado en el debate sobre la salud pública, que se centra, en cambio, en las perspectivas biomédicas que reducen los problemas de salud, las estrategias de prevención y los procesos de tratamiento al nivel individual.*

## 18 MEDIDAS:

**1.** *Asegurar que las medidas que exigen los movimientos ante el coronashock se pongan a disposición de todas las personas, prestando especial atención a las que están sistemáticamente más excluidas de esa ayuda (...):*

- a.** *Cancelar el pago de facturas de servicios públicos como electricidad, agua, internet y alquileres mientras dure la pandemia. Garantizar que no se acumularán deudas por falta de pago.*
- b.** *Distribuir suministros de higiene personal (incluidas mascarillas y desinfectante de manos) de forma masiva.*
- c.** *Congelar los precios de suministros esenciales de limpieza, productos de higiene y productos*

*alimenticios saludables, como granos, verduras y carne, de acuerdo con las especificidades culturales de cada país.*

- d.** *Asegurar el derecho a vacaciones remuneradas a todos los trabajadores; garantizar que no haya pérdida de ingresos o de derechos.*
- e.** *Proporcionar asistencia económica —de al menos un salario mínimo— a los trabajadores informales y a los trabajadores por cuenta propia.*
- f.** *Poner bajo control público las instalaciones y estructuras sanitarias privadas para luchar contra la covid-19. Ampliar la capacidad del sistema de salud al servicio de la gente.*
- g.** *Adoptar medidas de emergencia para resolver la crisis de abastecimiento de agua en cada región y garantizar el acceso público.*

**2.** *Garantizar total transparencia de información y datos sobre la evolución de la pandemia y sobre las medidas gubernamentales de cada país (desagregados por sexo, edad, ingresos, orientación sexual, identidad de género y región, siempre que sea posible).*

**3.** *Incluir a las mujeres en posiciones de liderazgo en los movimientos populares para los procesos de toma de decisiones sobre iniciativas de respuesta y recuperación de las crisis actuales.*

**4.** *Exigir que los gobiernos realicen campañas para alentar a hombres y mujeres a compartir las tareas domésticas por igual, de modo que las mujeres no tengan que asumir la mayor parte de la carga de las tareas domésticas.*

**5.** *Aumentar la inversión pública a largo plazo para el bien público, en áreas como la protección social, las pensiones, la atención de salud pública y universal, el cuidado público gratuito de los niños, entre otras acciones que afectan directamente a las mujeres.*

**6.** *Los paquetes de ayuda y estímulo financiero de los gobiernos deben incluir medidas de protección social que reflejen la comprensión de las circunstancias especiales de las mujeres y el reconocimiento de la economía del cuidado.*

**7.** *Garantizar un ingreso mínimo para las mujeres y los hogares que realizan varias formas de trabajo de cuidado esencial (incluido el trabajo doméstico), especialmente los que tienen personas dependientes.*

**8.** *Distribuir canastas de alimentos para las familias con niñas en los lugares donde las guarderías y escuelas están cerradas.*

**9.** *Exigir intervenciones de salud esenciales para proteger la salud de todas las personas, prestando especial atención a las personas marginadas: pobres, trans, migrantes, racializadas, ancianas y con discapacidades. Esos servicios incluyen servicios de salud mental, medicamentos para el VIH/SIDA, tratamiento del cáncer, etc.*

**10.** *Garantizar que las comunidades marginadas, incluidas las que no tienen acceso a la documentación oficial —en particular personas pobres, trans de clase trabajadora y migrantes— reciban servicios de ayuda. Garantizar la prestación oportuna de socorro de emergencia, como una renta básica universal, la distribución de alimentos y otros servicios que se exigen en esta lista.*

**11.** *Exigir que el gobierno proteja de la discriminación a las diversidades sexo genéricas y a todas las personas marginadas, en el marco de las políticas destinadas a luchar contra la covid-19, como las políticas que solo permiten a los hombres o las mujeres salir de su casa en determinados días.*

**12.** *Despenalizar el trabajo sexual, proporcionar asistencia y alimentos, proporcionar alojamiento de emergencia a las personas de las diversidades sexo genéricas sintecho y apoyar a las comunidades de personas migrantes e indocumentadas en sus esfuerzos por acceder a los servicios esenciales para su supervivencia.*

**13.** *Garantizar como servicios esenciales líneas telefónicas de urgencia y otros canales y servicios de*

*comunicación de acceso público para todas las víctimas de la violencia patriarcal.*

**14.** *Exigir que los gobiernos asuman la responsabilidad de divulgar los números de las líneas telefónicas de auxilio y de canales de comunicación de acceso público por medio de servicios automatizados, mensajes de texto, folletos en el transporte público, vallas publicitarias, anuncios en espacios públicos y en los periódicos, etc., para que quienes los necesitan conozcan sobre los servicios.*

**15.** *Los gobiernos deben poner a disposición instalaciones de asesoría para las mujeres, personas marginalizadas, pobres, las diversidades sexo genéricas, migrantes, personas racializadas, ancianas y personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad y/o víctimas de violencia.*

**16.** *Exigir que los gobiernos ofrezcan a las mujeres que luchan contra la violencia doméstica refugios alternativos, seguros y cómodos durante la pandemia, como habitaciones de hotel y edificios vacíos, y que proporcionen la protección y la seguridad necesaria en esos lugares. Asegurar la continuación de esos servicios a largo plazo para satisfacer la necesidad preexistente de tales servicios.*

**17.** *Construir redes de solidaridad y ayuda colectiva que, respetando el distanciamiento físico, luchen contra el individualismo y la violencia. Crear grupos de derechos de las mujeres y campañas informativas de barrio sobre planes de emergencia para mujeres y niñas en situación de violencia doméstica. Crear equipos para cuidar de las niñas en barrios de mayor vulnerabilidad social.*

**18.** *Movilizar a los trabajadores de la salud para ayudar a su comunidad, apoyar a las trabajadoras de la economía popular y asegurarse de que se les da el pago adecuado y el equipo de protección.*





## Concentración y corrupción con las vacunas

**Julio C. Gamboa.**

Presidente de la Fundación de Investigaciones Sociales y Políticas (FISYP). *Rebelión*. América Latina y Caribe. 25-02-2021 <<https://rebelion.org/concentracion-y-corrupcion-con-las-vacunas/>>

La pandemia del COVID19 muestra las miserias de nuestro tiempo, donde la desigualdad creciente es la cara más visible. Es una señal de que a todos no impacta por igual, ya que el cierre de empresas y por ende de la actividad económica significa pérdidas de empleos y reducción de ingresos populares, pero al mismo tiempo abundan informes de mejoras en la rentabilidad de algunos sectores económicos, entre otros, los laboratorios farmacéuticos.

Estos constituyen parte esencial de una dinámica en ascenso por la privatización de la actividad económica en general y de la salud en particular. Si bien se sustentan en estudios financiados por entes públicos, caso de las Universidades e Institutos especializados, la producción queda a cargo del sector privado. Así, las ganancias son apropiadas por las empresas transnacionales farmacéuticas que distribuyen sus dividendos entre los accionistas. El Estado capitalista es la base de sustento del capital privado, algo muy evidente en tiempos de pandemia y una crisis precedente que se potencia con las incertidumbres de la situación sanitaria.

La gran esperanza contra la incertidumbre eran las vacunas, con el objetivo de inmunizar a la mayor parte de la población. Los laboratorios aceleraron los tiempos de investigación y desarrollo generando optimismo, rápidamente negado por la concentración del acopio de las dosis entre los principales países del capitalismo mundial. Una agencia de noticias señala:

“La desigualdad en la distribución de las vacunas contra el Covid-19 es un hecho del que vienen alarmando tanto organizaciones sociales como la Organización de Naciones

Unidas, que hace unos días denunció que diez países habían acaparado el 75 % de las dosis de los antídotos a nivel mundial. Pero sumado al desigual reparto de las inyecciones, se encuentran diversas irregularidades en el proceso de vacunación, cada vez más notorias en la región.”<sup>[1]</sup>

Lo curioso es que la pandemia es mundial y si no se logra el efecto de la inmunidad global, el propio acaparamiento de las dosis posterga un tratamiento que también afectará a los poderosos países que acumulan vacunas.

A continuación, en la nota se informa sobre las “irregularidades”, verdaderos casos de corrupción en varios países, con especial atención en lo acontecido en la región latinoamericana. Se lee:

“En América Latina, una de las regiones del mundo con mayores desigualdades sociales, ya son tres países señalados por escándalos en los procesos de vacunación que atañen tanto a políticos como a personalidades públicas.

Se trata de Perú, con el ya renombrado escándalo del ‘Vacunagate’; Argentina, con la llamada ‘vacunación VIP’ y Chile, líder en las campañas de vacunación. Las tres naciones han destapado escándalos de corrupción en sus procesos de inmunización.”

La concentración económica y por ende la apropiación de las ganancias en condiciones de crisis sanitaria, junto a la afirmación de una lógica desigual del poder de cada Estado del capitalismo mundial hace evidente las inequidades que construye el capitalismo. Grandes conglomerados económicos, los laboratorios farmacéuticos que concentran y

lucran con la enfermedad, amparados y sustentados por el peso económico y político de sus Estados nacionales. Estos Estados reafirman el poder de la dominación internacional. Los laboratorios producen en el marco de la mundialización y se sustentan en facilidades y subsidios que otorga el poderío de los principales países del capitalismo desarrollado y los organismos internacionales que alientan la liberalización de la economía mundial.

De ese modo se potencia la asimetría entre capitales privados, según su histórica acumulación y entre países con distinto nivel de desarrollo relativo, confirmando las tesis de la dependencia de unos capitales sobre otros y de unos países respecto de los más poderosos. Por eso, resulta de interés discutir la posibilidad de encarar procesos de producción y circulación, en este caso de vacunas, en contra y más allá de la dominación de las corporaciones transnacionales y los países hegemónicos.

### ¿Es ello una utopía?

De ningún modo. Si observamos la respuesta que en particular está desarrollando Cuba, que, en condiciones de bloqueo prolongado por medio siglo desde EEUU, ha desplegado un sistema de ciencia y técnica y de producción de vacunas que la coloca a la vanguardia en la región y en disputa con la tecnología de avanzada en todo el planeta.

La experiencia de Cuba podría potenciarse con la capacidad técnico profesional desarrollada en varios países de la región y del mundo, lo que supone un aliento a la integración no subordinada.

Esta modalidad de la integración tiene antecedentes en cierta institucionalidad promovida no hace mucho en la región, precisamente cuando se experimentaron procesos de gobiernos de fuerte crítica a las políticas hegemónicas de corte neoliberal en las primeras dos décadas del siglo XXI.

Fueron tiempos en donde se desplegaron novedades institucionales como la CELAC, la UNASUR, el ALBA-TCP. Junto a ello, se desarrollaron iniciativas que mantienen hoy su impronta como programas a desarrollar, especialmente la idea de una “nueva arquitectura financiera”, o proyectos de articulación productiva en materia de alimentos o energía, propendiendo a objetivos de soberanía alimentaria, energética o financiera.

Por ende, no debe sorprendernos la concentración económica, o la corrupción, no solo privadas respecto de las vacunas. Se trata de una cuestión esencial, funcional a la lógica capitalista de la ganancia, del individualismo y el sálvese quien pueda.

La objeción a la situación desigual y a las tensiones en torno a la incertidumbre por la pandemia y la indignación que supone el privilegio de sectores cercanos a las esferas de nuestros gobiernos, requiere una impugnación de fondo al orden capitalista.

### Nota:

[1] France 24 del 21/02/2021, en: <https://www.france24.com/es/am%C3%A9rica-latina/20210220-america-latina-desigualdad-vacunacion-escandalos>



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

---

### 1. **Health versus Wealth? UK Economic Policy and Public Health During Covid-19 Briefing paper febrero 2021**

<https://www.medact.org/2021/resources/briefings/health-versus-wealth-uk-economic-policy-and-public-health-during-covid-19/> Interesante informe de Medact del 16-02-2021 que expone las raíces de la crisis del sistema de salud de UK y su papel en la respuesta a Covid 19.



2. **El virus de la desigualdad** 25 Enero 2021 E Berkhout, et al <https://www.oxfam.org/es/informes/el-virus-de-la-desigualdad>. Excelente informe de referencia donde a través de un análisis riguroso de las desigualdades se propone la necesidad de adoptar soluciones alternativas desde los gobiernos.

3. **Rigged: How globalization and the rules of the modern economy were structures to make the rich richer Dean Baker** [deanbaker.net](http://deanbaker.net) Magnífico libro de 2016 que ilustra ya las claves que se han desencadenado con la actual pandemia

4. **Dean Baker on Beating Inequality & COVID-19: Tackle Patent and Copyright Monopolies.** [https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=1382498638766630&id=238875926243983&\\_\\_entstream\\_source=video\\_home&player\\_suborigin=entry\\_point&player\\_format=permalink](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1382498638766630&id=238875926243983&__entstream_source=video_home&player_suborigin=entry_point&player_format=permalink). Intellectual property like pharmaceutical patents is part of the story of why so many people face a long wait for COVID-19 vaccines says video disponible en YouTube. Transcripción del vídeo de la entrevista en: Dean Baker discussing the high cost of policy choices that make the rich richer at public expense. Lynn Fries / GPEnewsdocs 31 Jan 2021 <https://newsclick.in> Dean Baker es economista sénior del Centro de Investigación Económica y Política, CEPR. Es autor de numerosos libros . Su libro más reciente y su blog en el CEPR, Beat the Press es de lectura muy interesante. En esta entretenida entrevista Dean Baker expone sus críticas sobre el papel que juega la propiedad intelectual en los altos precios de los medicamentos e ilustra su análisis con ejemplos muy claros.

5. **El binomio de farmacia y solidaridad. "Liberalismo y cuestión social. Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos"**. <https://www.actasanitaria.com/el-binomio-de-farmacia-y-solidaridad/> Intervención de Pablo Martínez Segura en una mesa redonda en el Ateneo de Madrid el 24-02-2021, en la que presentó un análisis histórico del nacimiento de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, reacción solidaria horizontal entre iguales, cuando el Estado liberal suprimió la acción social de los gremios.

## PILDORAS AMARGAS

---

Iniciamos esta sección donde recogeremos desde la Redacción aquellas noticias de actualidad cuyo posible desarrollo futuro nos cause intranquilidad y puedan convertirse en “píldoras amargas” de difícil digestión.

La primera que hemos seleccionado tiene que ver con el nombramiento de la nueva Directora General de la Organización Mundial de Comercio ( OMC ). Recientemente, el 15 de febrero de este año, la OMC designó a Ngozi Okongo-Iweala como nueva Directora General, economista reconocida con anteriores responsabilidades como ministra de Finanzas de Nigeria y directora gerente del Banco Mundial.

La Administración Biden anuló, el bloqueo a su nombramiento que la administración Trump había impuesto en la OMC. Así se ha convertido en la primera mujer y la primera africana en desempeñar las tareas de dirección de la OMC. En el campo de medicamentos y vacunas Okongo-Iweala ha desempeñado tareas como ex-directora de GAVI, la Alianza para las Vacunas y como co-presidenta de la plataforma COVAX.

La experiencia en los muy graves problemas en la distribución de vacunas a nivel mundial podría hacer esperar una mayor sensibilidad hacia los problemas de acceso a las vacunas de los países de bajos y medianos ingresos y a una mayor acercamiento a propuestas como las de India y Sudáfrica.

Pero hay serias dudas sobre la línea de actuación de la nueva directora. Recomendamos al lector un interesante artículo en *The Lancet* de John Zarocostas<sup>(1)</sup> que recoge diferentes opiniones sobre las expectativas de futuro de la OMC en este terreno. En declaraciones públicas inmediatas a su toma de posesión, cuando se le plantea la necesidad que tiene la OMC de afrontar la petición de India y Sudáfrica de suspender temporalmente la propiedad intelectual sobre vacunas, fármacos, reactivos y dispositivos necesarios para afrontar la pandemia, Okongo-

Iweala plantea la necesidad de buscar una “tercera vía”. Como comenta Germán Velásquez estas declaraciones sitúan a la nueva DG en una posición contraria a la propuesta de India y Sudáfrica y se dirigen únicamente en una actitud enfocada a lograr acuerdos voluntarios de las empresas farmacéuticas y las licencias voluntarias.

El artículo también recoge las manifestaciones de Cueni, Director General de la Federación Internacional de Asociaciones y de Productos Farmacéuticos congratulándose de las manifestaciones de la DG y lanzando sus argumentos sobre los problemas en la producción de vacunas: “Los cuellos de botella para aumentar la producción no están relacionados con la falta de licencias sino más bien con el abastecimiento de ingredientes escasos, técnicos capacitados, controles de calidad estrictos necesarios, así como otros desafíos logísticos y regulatorios”.

Este falso argumento se ha convertido en los últimos días en la prensa general en uno de los más repetidos para justificar la producción insuficiente de vacunas.

Desde la Comisión de Redacción de AJM vemos pocas posibilidades de vientos favorables en la OMC para conseguir que cambios como los que señala la propuesta de India y Sydafrica puedan llevarse adelante con la Sra. Okongo-Iweala.

Para terminar recuperaremos las palabras de Ruth Malpani: “Las reglas de propiedad intelectual no han sido las que han llevado adelante el desarrollo de nuevas pruebas y vacunas para abordar el COVID-19; fue el gasto sin precedentes de los gobiernos de más de 100.000 millones de dólares lo que ha hecho posible un progreso tan rápido”.

1. **Zarocostas John “New WTO leader faces COVID-19 challenges”**; February 21, 2021 *The Lancet*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00507-9/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00507-9/fulltext?rss=yes)



## Por una vacuna universal contra el Covid-19 Iniciativa CELAG

La pandemia del coronavirus ha vuelto a poner de manifiesto la enorme distancia entre los países del Norte y los países del Sur. La desigualdad estructural entre ambas zonas del mundo se ha agudizado a medida que el Covid-19 sigue extendiéndose, dejando tras de sí un macabro reguero de muerte, enfermedad, depresión económica y empobrecimiento generalizado.

Esta desigualdad radicalmente injusta también se refleja en el acceso a las vacunas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que el 95% de las vacunas contra el coronavirus está concentrado en diez países. El Economist Intelligence Unit calculó que, con la tasa actual de despliegue de la vacuna, los países más pobres no volverán a la normalidad hasta enero de 2024.

Hasta el momento, la vacuna está siendo tratada como un bien privado, mercantilizada hasta sus últimas consecuencias. Se impone la ley del mejor postor en un escenario de máxima concentración de los principales laboratorios farmacológicos. Veinte laboratorios acumulan el 60 % de las ventas de vacunas. En esta situación, iniciativas como COVAX, si bien son loables se antojan insuficientes.

Por su parte, las disposiciones de la Organización Mundial de Comercio (OMC) sobre patentes del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) suponen un impedimento para el desarrollo global de la vacuna como bien común.

Ante este escenario, desde el Centro Estratégico Latinoamericano de Geopolítica (CELAG) hacemos el siguiente llamamiento:

- En consonancia con las peticiones de los gobiernos de India y Sudáfrica ante la OMC, así como de las declaraciones públicas de los presidentes de Argentina y Francia en el G20 y del canciller de México en el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, instamos a la OMC y a los países que forman parte de ella, a Naciones Unidas y a la OMS a emprender las acciones necesarias para suspender la ejecución, aplicación y cumplimiento de las disposiciones sobre licencias de patente del ADPIC, con el objetivo de compartir y socializar el conocimiento acerca de las vacunas contra el COVID-19 y permitir la apertura de otras líneas de investigación que desemboquen en el acceso libre y garantizado de las poblaciones vulnerables a las vacunas contra el COVID-19, ahora mismo dificultado por ser una mercancía sujeta a las reglas de un mercado estructuralmente injusto.

Desde CELAG pedimos a líderes políticos y sociales, comunicacionales, intelectuales, culturales; a organizaciones políticas, sociales, económicas, culturales y académicas y a cualquier persona a título particular que se adhiera a esta petición, en el convencimiento de que constituye una acción justa y absolutamente necesaria para salvar vidas humanas. El presente y el futuro de la humanidad están en juego.

# ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN solicitado



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